

Revista Científica de Odontología

UNITEPC

Vol. 3 N° 2
2024



INDICE

El Odontólogo Investigador y su Compromiso con la Difusión Científica.....	1
Bruxismo del Sueño y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños.....	7-16
Ingesta de alimentos, fuente de probióticos y grado de caries dental.....	17-22
Caracterización de maloclusiones en pacientes de 6 a 10 años.....	23-30
Prevalencia y distribución de gingivitis aguda y crónica en Cochabamba, Bolivia: análisis de morbilidad 2023.....	31-38
Desafíos y estrategias para mejorar la salud bucal en la región de las Américas.....	39-40

NOTA EDITORIAL

El odontólogo investigador y su compromiso con la difusión científica

El odontólogo investigador, como parte fundamental de su labor académica y profesional, tiene la responsabilidad de contribuir activamente a la generación y difusión del conocimiento. Este compromiso no solo responde a la comunidad científica, sino también a la sociedad en general. La publicación de artículos científicos es una de las formas más relevantes de compartir los resultados de investigaciones, asegurando que los hallazgos sobre pacientes tratados, materiales utilizados, procedimientos aplicados y conclusiones obtenidas sean accesibles de manera estructurada y rigurosa.

Sin embargo, el proceso de publicación representa un desafío significativo para los investigadores en odontología. Desde la selección del momento oportuno para divulgar los resultados hasta la redacción en un lenguaje claro y preciso, cada etapa requiere esfuerzo y disciplina. Muchos estudios no llegan a publicarse debido a la falta de interés, dudas sobre la validez de los resultados, desconocimiento del proceso editorial o falta de motivación. Superar estos obstáculos es esencial para fortalecer la producción científica y consolidar el conocimiento en la disciplina odontológica.

La necesidad de registrar y transmitir el conocimiento es inherente al ser humano. Desde las inscripciones en tablillas de arcilla en el 4000 a. C. hasta la invención de la imprenta y la proliferación de publicaciones académicas, el afán de compartir información ha sido una constante en la historia de la humanidad. En este contexto, las revistas científicas desempeñan un papel crucial en la validación y difusión del conocimiento. La primera publicación científica registrada, promovida por la Royal Society de Londres hace más de 300 años, marcó el inicio de un sistema que hoy cuenta con una extensa red de revistas y editoriales especializadas.

La calidad, honestidad y transparencia son principios fundamentales para garantizar que la investigación publicada tenga un impacto significativo en la práctica odontológica y en la formación de nuevas generaciones de profesionales. La Revista Científica de Odontología UNITEPC reafirma su compromiso con la difusión del conocimiento y la promoción de una cultura de investigación que impulse la excelencia en el campo odontológico.

Luis Fernando Rojas Terrazas  
**DIRECTOR GENERAL DE LA EDITORIAL FAMILIA DE
REVISTAS CIENTÍFICAS UNITEPC**

INFORMACIÓN BÁSICA

La Revista Científica de Odontología UNITEPC, es la revista pionera en el área de odontología de la región, con disponibilidad de publicaciones periódicas que denota alta calidad, la cual está al alcance de pregrado, posgrado. Actualmente se publica con periodicidad semestral, medio Online.

Patrocinadores y financiamiento

La publicación de la revista es patrocinada y financiada exclusivamente por: la Universidad Técnica Privada Cosmos UNITEPC.

Indexación

Motores de búsqueda

GOOGLE ACADÉMICO

DOI

Cada artículo publicado en la revista posee el identificador internacional DOI, lo cual aporta a una mayor visualización.

DIRECTOR GENERAL DE LA EDITORIAL FAMILIA DE REVISTAS CIENTÍFICAS UNITEPC

Dr. Luis Fernando Rojas Terrazas

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Maria Lorena Orellana Aguilar

Dr. Hernan García

Lic. Ana Maria Mamani Rosas

Dr. Ronald Arnez

Dra. Mariela Ascuy

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Frank Mario Vargas Vilte

Esp. Jorge Miranda Espinoza

Esp. Pablo Yañez

Esp. Wilson Cortez

Dra. Mariela Ascuy

PARES EXTERNOS

Dr. Carlos Platero

Dr. Abel Hernández

COMITÉ BIOÉTICA

Dr. Ramiro M. Angulo Torres
Dra. Jimena Fernández Zambrana

Instrucciones a los autores

Los trabajos científicos a ser publicados serán únicos y originales, excluyéndose su publicación en caso de comprobarse que ha sido publicado en otra revista.

Forma y requisitos para la publicación de artículos científicos

La Revista Científica de Odontología UNITEPC, con la finalidad de fortalecer la investigación Científica y Tecnológica, aceptará para su publicación artículos que respondan a los criterios de pertinencia social, relevancia, originalidad y novedad de la producción.

Tipos de manuscritos aceptados

Todos los artículos tienen un promedio de palabras desde la Introducción y abarca hasta el fin de la Discusión (se excluyen para el recuento: la página de Título, Resumen, Agradecimientos, Referencias, Tablas, Figuras, la Declaración de autoría y Declaración de conflicto de interés). Las unidades de medida en cualquier sección se expresarán en sistema internacional (SI).

Declaración de autoría

Manifestamos la originalidad del trabajo de investigación, cuya interpretación de datos, elaboración y presentación de conclusiones se refleja en dicho documento.

De igual forma, dejando claro ante todo que se estableció que aquellos aportes intelectuales de otros autores, se han referenciado debidamente con los formatos correspondientes en el texto de dicho trabajo.

Certificación de la contribución al contenido intelectual de este escrito, al origen y análisis de sus datos, por lo cual nos hacemos públicamente responsables del mismo.

Ética

Cuando se trate de estudios experimentales en seres humanos, indique si se siguieron las normas, formulario de consentimiento informado del paciente.

La Revista utiliza detectores de plagio para garantizar la originalidad del manuscrito.

Declaración de Conflicto de Interés

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional. En este sentido, es necesario haber leído y comprendido el código de declaración de conflicto de intereses. Esta declaración hace recuento de los vínculos y posibles intereses directos e indirectos durante los últimos dos años:

Estructura de un artículo científico original

Para artículos Originales. No debe exceder de 3500 palabras excluyendo los gráficos y las Referencias.

El texto se divide en: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, y Referencias Bibliográficas. IMRYD. En los artículos de revisión y casos clínicos no necesariamente son estructurados.

- **Título:** El título deberá describir su contenido de forma clara y precisa, que le permita al lector identificar el tema fácilmente y al bibliotecario catalogar y clasificar el material con exactitud. El título del artículo, debe ser conciso pero informativo y redactado en español, inglés y portugués.
- **Resumen y Palabras Clave:** La segunda página incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras en el caso de resúmenes no estructurados ni de las 250 en los estructurados). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los

resultados más destacados, y las principales conclusiones. Se hará hincapié en aquellos aspectos del estudio o de las observaciones que resulten más novedosos o de mayor importancia.

- **Introducción:** Se indicará el propósito del artículo y se realizará de manera resumida una justificación del estudio. En esta sección del artículo, únicamente, se incluirán las referencias bibliográficas estrictamente necesarias y no se incluirán datos o conclusiones del trabajo.
- **Métodos:** Describa con claridad la forma como fueron seleccionados los sujetos sometidos a observación o participantes en los experimentos (pacientes también los controles). Indique la edad, sexo y otras características destacadas de los sujetos, cuando se incluyan en un estudio debería justificarse su utilización. Lugar donde se ejecutó la Investigación, tiempo de duración, detalles del método utilizado.
- **Resultados:** Presente los resultados en el texto, tablas y gráficos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de las tablas o ilustraciones; destaque o resuma tan solo las observaciones más importantes.
- **Discusión:** Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos y relevantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Explique en el apartado de discusión el significado de los resultados, las limitaciones del estudio, así como, sus implicaciones en futuras investigaciones. Se compararán las observaciones realizadas con las de otros estudios pertinentes.
- **Agradecimientos:** Incluya la relación de todas aquellas personas que han colaborado, pero que no cumplan los criterios de autoría, tales como, ayuda técnica recibida, ayuda en la escritura del manuscrito o apoyo general prestado por el jefe del departamento. También se incluirá en los agradecimientos el apoyo financiero y los materiales recibidos.
- **Referencias bibliográficas:** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto. Se utilizará el sistema Vancouver. Para ciencias de la salud. Exigimos un mínimo de 10 y regular 50 máximos referencias, de las cuales, se recomienda que la mayor parte sea de artículos de revista ("journals") nacional o internacionales que no deben tener una fecha de publicación mayor de diez años previos a la utilización por el autor. No deberán citarse artículos que no hayan sido revisados en su totalidad (como resúmenes o "abstracts"), ni tampoco información de dudosa procedencia o credibilidad.
- **Tablas:** Cada tabla debe encontrarse a doble espacio. No presente las tablas en forma de fotografías. Numere las tablas consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto y asigne un breve título a cada una de ellas. En cada columna figurará un breve encabezamiento. Las explicaciones precisas se podrán en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. Asegúrese de que cada tabla se halle citada en el texto.
- **Ilustraciones (Figuras):** Envíe el número de figuras solicitado por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas de modo profesional; no se aceptará la rotulación a mano o mecanografiada. En vez de dibujos, radiografías y otros materiales gráficos originales, envíe positivos fotográficos en blanco y negro, bien contrastados, en papel satinado. Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones; tendrán, además, un tamaño suficiente para que sigan siendo legibles tras la reducción necesaria para su publicación. Los títulos y las explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las ilustraciones y no en las mismas ilustraciones.

- **Abreviaturas y símbolos:** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, esta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

Artículo de revisión

Para artículos de revisión no debe exceder de 3500 palabras excluyendo los gráficos y las Referencias bibliográficas.

- Las revisiones bibliográficas tienen una estructura más sencilla que los trabajos empíricos o teóricos que analizan, sin embargo, es necesario tener en cuenta dicha estructura para que el trabajo sea comprensible. Un modelo de estructura es el siguiente:
- **Introducción:** La cual debe incluir: Presentación del tema, antecedentes de la temática, en términos de revisiones ya existentes, justificación de su relevancia.
- **Objetivo del trabajo:** Desarrollo del tema: Definición, etiología, patogenia, epidemiología, diagnóstico, tratamiento o técnica quirúrgica, complicaciones y pronóstico.
- **Discusión.**
- **Conclusiones.**
- **Referencias bibliográficas**

Artículo caso clínico

Para artículos casos clínicos de la Revista Científica de Odontología UNITEPC. No debe exceder de 1500 palabras excluyendo los gráficos y las Referencias bibliográficas.

El estudio del caso clínico se complementa con el uso de procedimientos de diagnóstico nuevos, más precisos o de mayor sensibilidad, que los referidos previamente en la literatura médica.

- **Introducción:** Superflua representación de la complejidad del caso clínico debido a su innovación clínica tanto en frecuencia, complejidad diagnóstica, terapéutica, etc.
- **Descripción:** Representación del caso clínico con imágenes que apoyen su estudio o tratamiento.
- **Discusión:** Oportuno al manejo del paciente, en cuanto a diagnóstico y alternativas de administración farmacológica, etc.

Dirección de envío de manuscritos

El Original deberá ser enviado al correo electrónico:

lrojas_investigacion@unitepc.edu.com

morellana_med@unitepc.edu.com

Oficina de la Dirección de Investigación Científica y Tecnológica, está ubicada en la Av. Blanco Galindo km. 7 ½ Florida Norte Tel. 4374740 Celular 72280461.

Formato envío de artículos

Los artículos serán enviados en Word tipo de letra Arial, 12 puntos, 1.15 espacios entre líneas.

Los márgenes tendrán un espacio de 2.54 en todos sus lados.

Cada página se numera en la esquina inferior derecha.

Bruxismo del Sueño y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños: Revisión de la Literatura.

Sleep Bruxism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: A Literature Review.

Bruxismo do Sono e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Revisão da Literatura.

 Catalina Salas Carrasco ¹

 Catalina Nuñez Reppening ¹

Resumen.

Introducción: El bruxismo corresponde a una actividad repetitiva de los músculos mandibulares, que puede ocurrir en vigilia o sueño. El bruxismo del sueño es más común en niños, y se relaciona con múltiples patologías. Respecto a morbilidades frecuentes en niños, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una alteración neurológica y una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en niños. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre bruxismo del sueño y TDAH en niños. **Materiales y métodos:** Se efectuó una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos Mesh “sleep bruxism”, “attention deficit hyperactivity disorder” y “children”. **Resultados:** Se seleccionaron 10 artículos para su análisis. **Conclusiones:** La relación entre TDAH y bruxismo del sueño en niños aún es poco clara e inconsistente, con indicios de una posible relación bidireccional. Investigaciones futuras podrían contribuir a dilucidar su relación y enfoque terapéutico.

Palabras Claves: Bruxismo, Niños, Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención.

Abstract.

Introduction: Bruxism corresponds to a repetitive activity of the jaw muscles, which can occur while awake or asleep. Sleep bruxism is more common in children, and is related to multiple pathologies. Regarding common morbidities in children, attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a neurological disorder and one of the most common psychiatric diseases in children. The objective of this research is to analyze the relationship between sleep bruxism and ADHD in children. **Materials and Methods:** A bibliographic search was carried out in Pubmed with the Mesh terms “sleep bruxism”, “attention deficit hyperactivity disorder” and “children”. **Results:** 10 articles were selected for analysis. **Conclusions:** The relationship between ADHD and sleep bruxism in children is still unclear and inconsistent, with indications of a possible bidirectional relationship. Future research could contribute to elucidating their relationship and therapeutic

Correspondencia a:

¹ Escuela de Odontología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Email de contacto:

cisalas@uc.cl

cfnunez1@uc.cl

Recibido para publicación:

16 de agosto del 2024

Aceptado para publicación:

03 de octubre del 2024

Citar como:

Salas Carrasco C, Nuñez Reppening C. Bruxismo del Sueño y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños.: Revisión de la Literatura. Recio UNITEPC. 2024;3(2):7-16.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

approach.

Key Words: Attention deficit hyperactivity disorder, Bruxism, Children.

Resumo.

Introdução: O bruxismo corresponde a uma atividade repetitiva dos músculos mandibulares, que pode ocorrer em vigília ou durante o sono. O bruxismo do sono é mais comum em crianças e está associado a várias patologias. Em relação às morbidades frequentes em crianças, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma condição neurológica e uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes na infância. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre o bruxismo do sono e o TDAH em crianças. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma busca bibliográfica no PubMed utilizando os termos Mesh “sleep bruxism”, “attention deficit hyperactivity disorder” e “children”. **Resultados:** Foram selecionados 10 artigos para análise. **Conclusões:** A relação entre o TDAH e o bruxismo do sono em crianças ainda é pouco clara e inconsistente, com indícios de uma possível relação bidirecional. Pesquisas futuras podem contribuir para elucidar essa relação e orientar abordagens terapêuticas.

Palavras-chave: Bruxismo, Crianças, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Introducción.

El bruxismo corresponde a una actividad repetitiva de los músculos mandibulares, caracterizada por el apriete o rechinar dentario y/o por empujar o apretar la mandíbula. Puede ocurrir durante el sueño (denominado bruxismo del sueño) o vigilia (bruxismo de vigilia). El bruxismo del sueño se define como la actividad en los músculos masticatorios durante el sueño, caracterizada por ser rítmica (fásica) o no rítmica (tónica), y no corresponde a un trastorno del movimiento ni un trastorno del sueño en individuos sanos. (1)

La prevalencia de bruxismo en niños presenta una amplia variabilidad en los estudios disponibles. El bruxismo de sueño es más común en niños en comparación con la población adulta. La variabilidad en los resultados entre los estudios podría estar asociada con el uso de herramientas poco fiables para el diagnóstico de bruxismo del sueño en niños. (2)

En relación con la prevalencia de bruxismo del sueño en niños, su rango varía entre 3,5 a 40,6%. Lo anterior se encuentra asociado a variabilidad en los grupos etarios investigados y la diferencia en la frecuencia de auto-reporte de bruxismo del sueño. (3)

El bruxismo del sueño presenta una etiología multifactorial, asociada a factores psico-sociales, biológicos, y del estilo de vida. Estudios realizados en familias y estudios de análisis genético han determinado que la presencia de bruxismo del sueño está asociada a factores genéticos y ambientales. (4) Aproximadamente un 20-50 % de las personas con bruxismo del sueño presentan un familiar cercano que tuvo bruxismo del sueño en la infancia, lo cual sugiere la influencia de factores genéticos. (5)

El bruxismo del sueño se relaciona con múltiples trastornos, entre ellos el dolor orofacial, patologías dentales, enfermedades neurológicas y apnea obstructiva del sueño, lo cual ha aumentado el interés de la investigación odontológica y médica sobre este fenómeno. (3)

Se plantea además que una alteración en los neurotransmisores de acción central,

tales como la serotonina y dopamina, pueden estar asociadas con el desarrollo de la actividad muscular masticatoria rítmica y bruxismo del sueño. (4)

La literatura sugiere que diversos factores psicosociales (estrés, ansiedad, estrategias de afrontamiento desadaptativas, depresión, entre otros) incrementarían el riesgo de desarrollar bruxismo del sueño. (4)

Dentro de las posibles consecuencias perjudiciales del bruxismo del sueño, se encuentran: dolor temporomandibular, cefalea al despertar, desgastes dentales severos, fractura de restauraciones, entre otras. (4) El bruxismo puede generar destrucción de las piezas dentarias, dolor en la articulación temporomandibular y músculos craneofaciales, fracaso en tratamientos rehabilitadores, alteración de la dinámica mandibular y cefalea. (2)

La evidencia indica también algunos efectos beneficiosos del bruxismo del sueño, principalmente por su rol protector en el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea en pacientes con apnea obstructiva del sueño, también promueve la secreción de saliva a través de la estimulación mecánica de las glándulas salivales, permitiendo la depuración esofágica (4,6). Además, tiene un rol en la prevención del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento. (4)

El inicio de la actividad muscular masticatoria rítmica del bruxismo del sueño se encuentra predeterminado por una secuencia de eventos asociados a los eventos de despertar durante el sueño, entre ellos: aumento en la actividad simpática cardíaca autónoma, aumento en la frecuencia de la actividad electroencefalográfica, elevación de la frecuencia cardíaca, incremento de la actividad electromiográfica de los músculos que participan en la apertura mandibular, aumento de la presión arterial y amplitud de la respiración. (4)

En cuanto al diagnóstico del bruxismo del sueño en niños, el reporte de los eventos de rechinar dentario por parte de los padres o cuidadores del paciente continúa siendo el método clínico de mayor fiabilidad. Pese a lo anterior, la mayor parte de los niños duermen lejos de sus padres, por lo que estos no siempre detectan el rechinar dentario de sus hijos, lo cual representa una limitación para este método. (7)

En la evaluación del paciente se debe averiguar la frecuencia e intensidad de los eventos de rechinar dental, tanto durante la vigilia como durante el sueño, a través de cuestionarios o entrevista clínica. Además, se debe consultar respecto a medicamentos utilizados y posibles comorbilidades. El uso de un diario para registrar el comportamiento y hábitos de los niños se sugiere como herramienta complementaria para los padres. Junto con la entrevista clínica, el examen clínico debe ser preciso y buscar alteraciones en la cavidad oral asociadas, tales como: lesión de los tejidos blandos, desgaste y fracturas dentarias, hipertrofia de los músculos masticatorios, síntomas temporomandibulares, micrognatia, retrognatia, macroglosia, hipertrofia de las amígdalas y los adenoides. (8)

El bruxismo del sueño puede clasificarse en: posible (autoreporte del paciente o reporte de familiares), probable (autoreporte más hallazgos clínicos concordantes con bruxismo del sueño) o definitivo (autoreporte, hallazgos clínicos y confirmación con polisomnografía). (9)

Los criterios de evaluación del bruxismo del sueño definitivo basados en registros a través de polisomnograma permiten establecer la actividad muscular masticatoria

rítmica en registros electromiográficos. (4)

Respecto al manejo del bruxismo del sueño, se sugiere un tratamiento conservador, el cual abarque asesoramiento y educación al paciente, uso de dispositivos oclusales, fisioterapia, psicoterapia y farmacoterapia según sea necesario. (4)

El bruxismo del sueño en niños representa una preocupación para los padres, principalmente debido a la intensidad y periodicidad del rechinar dentario. En pacientes pediátricos, el rol de los odontólogos y pediatras es fundamental para su detección oportuna. Los profesionales odontólogos deben ser capaces de otorgar un diagnóstico, educación a los padres, identificación de comorbilidades asociadas y prevención de sus potenciales consecuencias en la salud oral de los pacientes. (7)

Respecto a comorbilidades frecuentes en niños, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una patología neurológica del desarrollo que inicia en la infancia. Puede persistir hasta la edad adulta en el 60-86 % de las personas que lo presentan. Los síntomas generan dificultades clínicamente relevantes en la atención, hiperactividad e impulsividad, que son incompatibles con la edad cronológica o de desarrollo del individuo. (10)

El TDAH tiene una prevalencia del 5,3% a nivel mundial según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), representando una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en niños y adolescentes. Sus síntomas varían según las diferentes áreas de vida de la persona. (11)

Frecuentemente, los niños con TDAH pueden presentar problemas de aprendizaje y alteraciones en el lenguaje. (12). Además, pueden presentar tempranamente alteraciones en el desarrollo de funciones motoras, habilidades escolares, trastorno de oposición desafiante y trastornos de ansiedad. (11).

El TDAH se asocia con una reducción en la calidad de vida subjetiva relacionada con la salud y con un deterioro en el área psicosocial de la persona. Aproximadamente un 75% de las personas que tienen TDAH presentan un trastorno mental adicional, y un 60% presenta múltiples patologías psiquiátricas. Los niños que presentan TDAH tienen menor probabilidad de obtener un título universitario en comparación a sus pares, y en promedio alcanzan un nivel socioeconómico más bajo. Sus relaciones sociales con familiares y compañeros frecuentemente son conflictivas. (11).

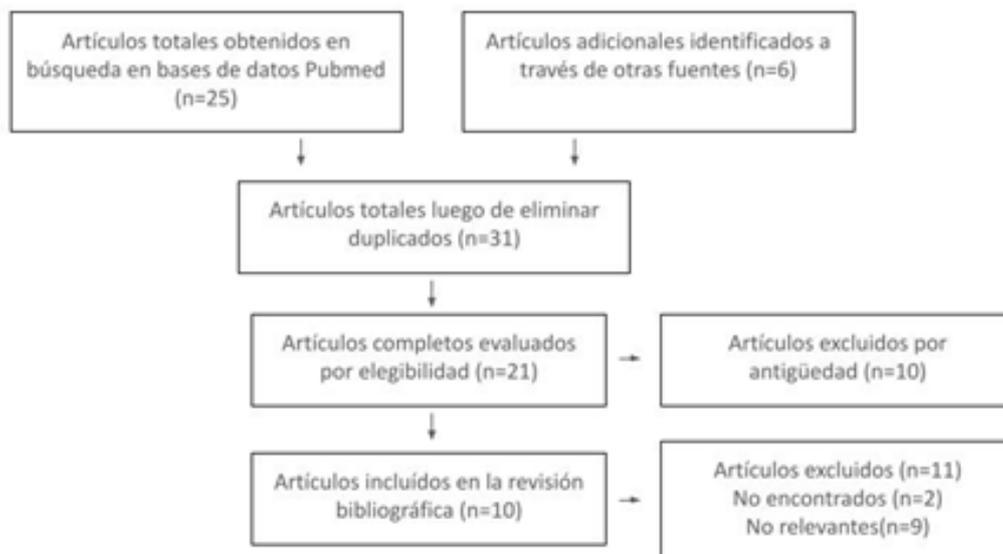
El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la relación entre Bruxismo del Sueño y TDAH en niños.

Materiales y Métodos

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed. Se utilizaron las palabras clave en inglés: "sleep bruxism", "attention deficit hyperactivity disorder" y "children", utilizando el término booleano "AND". Se seleccionaron publicaciones relacionadas con el tema de la revisión bibliográfica, de hasta 10 años de antigüedad, con acceso a texto completo, en idioma inglés, que incluyan niños como población objetivo. Como criterio de exclusión, se eliminaron los artículos que no tuvieran acceso a texto completo, estudios en animales, estudios en otro idioma distinto al inglés y estudios en población adulta. No se evaluó la calidad de evidencia de las publicaciones.

Resultados

En la búsqueda de PubMed se obtuvieron 25 resultados. Se agregaron 6 artículos obtenidos a partir de otras fuentes, con información relevante para esta revisión, obteniendo 31 artículos. Se eliminaron los artículos de más de 10 años de antigüedad, obteniendo 21 resultados. Posteriormente, se realizó una selección manual, excluyendo artículos no relevantes o que no pudieran ser encontrados, obteniendo un total de 10 artículos para su análisis (Figura 1).



Discusión

Entre los factores periféricos que inciden en la etiología multifactorial del bruxismo del sueño, investigaciones recientes han detectado la presencia de múltiples componentes asociados, entre ellos trastornos del comportamiento como el TDAH, que pueden influir en el inicio y desarrollo del bruxismo del sueño en los niños debido a su acción en la modificación en la regulación de ciertos neurotransmisores, en específico la dopamina. (13)

En un estudio del año 2022 que evaluó la relación entre los trastornos del sueño y TDAH en niños, se determinó que la incidencia de trastornos del sueño en niños con y sin TDAH fue significativamente diferente. Se indica una prevalencia de trastornos del sueño en niños con TDAH de un 35-70%, la cual varía según edad, género, subtipo de TDAH, comorbilidades psiquiátricas y uso de fármacos. En este estudio, en particular, la incidencia de niños con TDAH y trastornos del sueño comórbidos fue de un 74,6%, lo cual confirma la prevalencia de trastornos del sueño en niños con TDAH. (14)

Una revisión sistemática y metaanálisis del año 2020 indica que la prevalencia de bruxismo del sueño y de vigilia en niños y adolescentes con TDAH es de aproximadamente un 30%, y que estas personas tienen una mayor probabilidad de presentar bruxismo, independiente del tipo de bruxismo. (15)

Cada vez es más frecuente la realización de estudios sobre la arquitectura del sueño de los niños con TDAH y su comorbilidad con trastornos del sueño. Estudios indican que los niños con síntomas o diagnóstico de TDAH tienen más alteraciones del sueño, entre ellas: insomnio, pesadillas, terrores nocturnos, ronquidos y bruxismo del sueño.

Pese a lo anterior, se menciona en estas investigaciones una inconsistencia en los resultados en la comparación de medidas subjetivas y objetivas en estudios de sueño de niños con TDAH. (16)

En una revisión y metaanálisis del año 2022, los estudios incluidos diagnosticaron el bruxismo del sueño a través de un cuestionario aplicado por los padres o cuidadores del paciente, complementado con un examen clínico o polisomnografía en algunos casos. Se obtuvo como resultado que solo el bruxismo del sueño y vigilia basado únicamente en un auto-reporte positivo (bruxismo posible) se asoció con TDAH. En esta revisión se plantea que es poco frecuente encontrar estudios epidemiológicos que apliquen un polisomnograma o electromiografía para el diagnóstico de bruxismo, debido a su alto costo y necesidad de capacitación técnica para su aplicación por profesionales. Por lo tanto, gran parte de la evidencia disponible proviene de auto-reportes de los padres o cuidadores sobre rechinar de dientes y presencia de desgaste en los dientes. Se menciona que lo anterior también explicaría por qué la mayor parte de los estudios incluidos en esta revisión evaluaron el bruxismo del sueño, ya que sería más probable evaluar esta condición basándose en los informes de los padres o cuidadores en comparación con el bruxismo de vigilia. (15)

En una investigación del año 2018 que evaluó con mediciones subjetivas y objetivas los problemas de sueño en niños con TDAH, se determinó que los estudios que utilizaron informes subjetivos de los padres o cuidadores de niños con TDAH mostraron un inicio tardío del sueño, una alteración en la duración del sueño (más corta o larga) y una mayor frecuencia de despertares nocturnos. Se menciona que solo algunos de estos hallazgos habían sido validados por medidas objetivas (como uso de polisomnograma). En este estudio, los informes subjetivos de los padres o cuidadores mostraron alteraciones en el sueño significativamente mayores en niños con TDAH en comparación con controles sanos. Sin embargo, se indica que las mediciones objetivas de polisomnografía en este estudio encontraron solo una parte de estas alteraciones del sueño, lo cual concuerda con resultados de estudios anteriores. (16)

En un estudio del año 2022 sobre bruxismo del sueño en niños, se menciona que la literatura reciente ha demostrado que los niños con TDAH presentan mayor probabilidad de desarrollar bruxismo del sueño respecto a niños sin este trastorno, recalando también la importancia de detectar otras alteraciones como ansiedad y problemas de salud mental en estos pacientes. (17)

El bruxismo del sueño en niños se ha descrito en asociación con problemas de conducta, como: hiperactividad, déficit atencional, somnolencia y peor rendimiento escolar, y frecuentemente con comorbilidades como el TDAH. (13)

El bruxismo del sueño puede estar asociado con trastornos respiratorios del sueño, y en consecuencia afectar la calidad del mismo. Se plantea que el manejo adecuado del TDAH podría minimizar la aparición de bruxismo y mantener la calidad de vida de los niños que lo presentan. (15)

En una revisión del año 2023, se obtuvo que la prevalencia de bruxismo del sueño posible es mayor en niños que en adultos, e incluso mayor en niños con TDAH y Síndrome de Down. La etiología multifactorial del bruxismo del sueño sugiere su asociación con estrés, ansiedad, comportamiento agresivo y algunas alteraciones respiratorias. (18)

Estudios indican que los niños que recibían tratamiento farmacológico para el TDAH

presentaban bruxismo con una mayor frecuencia que los pacientes sin medicación y que los pacientes de control. En los casos en que el inicio del bruxismo se asocia con el tratamiento médico, se utiliza el concepto de bruxismo secundario o iatrogénico. (13)

En un estudio del año 2023 sobre bruxismo del sueño en niños, se menciona que los niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH presentan mayor probabilidad de desarrollar bruxismo tanto en el sueño como en vigilia, respecto a niños y adolescentes sin TDAH. También, se mencionan resultados de un estudio previo realizado por el mismo grupo de estudio de esta publicación, en el cual se obtuvo que el uso de metilfenidato (medicamento utilizado para el tratamiento de TDAH) generó un aumento significativo de las probabilidades de trastornos respiratorios relacionados con el sueño en niños. (19)

En un estudio del año 2018 donde se evaluó de forma objetiva y subjetiva los problemas del sueño en niños con TDAH y los efectos del tratamiento con metilfenidato, se obtuvo que este fármaco no empeoró los problemas de sueño en niños con TDAH (16), lo cual se contrasta con los hallazgos antes mencionados.

En una revisión narrativa del año 2023 sobre bruxismo en niños, se menciona que el bruxismo del sueño se ha descrito en conjunto con alteraciones del comportamiento como el TDAH, somnolencia y mal rendimiento escolar. Los pacientes que presentan TDAH presentan frecuentemente trastornos del sueño concomitantes, y en general utilizan medicamentos prescritos que podrían aumentar el riesgo de presentar bruxismo del sueño. En estos casos, el bruxismo del sueño se presentaría como un signo secundario. Sin embargo, se menciona no descartar una relación directa entre bruxismo del sueño y TDAH, pues se ha descrito una relación estrecha entre TDAH y otros trastornos del movimiento relacionados con el sueño, como el síndrome de piernas inquietas. (8)

Los trastornos del sueño se asocian con trastornos de conducta, irritabilidad, trastornos de atención, inestabilidad emocional y baja tolerancia a la frustración, factores que generan un mayor riesgo de presentar TDAH. Pese a que el origen del TDAH es multifactorial, múltiples estudios sugieren que puede haber una causa neurológica subyacente común entre trastornos del sueño y TDAH, sugiriendo que ambas condiciones son mutuamente causales. (14)

En una revisión sistemática del año 2014 sobre prevalencia de bruxismo del sueño en niños, se determinó que ciertas características neuroconductuales como la hiperactividad y mal temperamento se presentaron de forma más frecuente en pacientes con bruxismo del sueño. También se detectó que estos pacientes eran más propensos a tener patologías crónicas, rinitis alérgica, asma e infecciones de las vías respiratorias superiores. Se menciona que los pacientes con TDAH tratados con fármacos presentan mayor probabilidad de desarrollar bruxismo del sueño en comparación con los niños con TDAH sin tratamiento farmacológico y con controles. (20)

En una revisión sistemática del año 2023, se menciona que el consumo de azúcar añadida y el tiempo excesivo de uso de pantallas en niños se encuentra relacionado con un aumento en la prevalencia de problemas de sueño, trastornos psicosociales, falta de homeostasis del cortisol, depresión y hostilidad, y síntomas relacionados con TDAH, y que estas alteraciones también se han asociado con bruxismo del sueño en niños. (21)

La mayor parte de los estudios realizados en niños con TDAH indican que los trastornos del sueño en general pueden causar déficits neuroconductuales que se asemejan a los síntomas del trastorno o los empeoran. Un estudio que realizó un seguimiento de niños durante 11 años determinó que los trastornos del sueño a los cuatro años de edad se asociaban con problemas de agresividad y atención a los quince años. Se plantea que los trastornos del sueño contribuyen a un aumento en la manifestación de los síntomas del TDAH, tales como: falta de atención, impulsividad e hiperactividad. También se indica que este trastorno puede generar una mala calidad del sueño, pero estas asociaciones aún no se encuentran definidas con claridad. (15)

En un estudio del año 2017 se encontró un efecto moderado de los signos de TDAH en la presencia de bruxismo del sueño en niños. Este estudio plantea que los signos de TDAH y el nivel socioeconómico tienen un efecto directo e indirecto complejo en el bruxismo del sueño. Se recalca la importancia de estos hallazgos, ya que los padres frecuentemente consultan por atención odontológica en niños con bruxismo del sueño. Además, sugiere que los odontólogos con conocimientos en los factores de riesgo asociados con el bruxismo del sueño podrían aportar en la toma de decisiones clínicas y estrategias de tratamiento por parte del equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. (22)

Conclusiones

Existe una asociación aún inconsistente entre alteraciones del sueño como bruxismo del sueño y TDAH en niños. Se observa una asociación mayor en los estudios donde se evalúa el bruxismo del sueño de forma subjetiva (reporte por parte de padres o cuidadores del usuario) en niños con TDAH. La evaluación de trastornos del sueño con mediciones objetivas (como el uso de polisomnografía para diagnóstico definitivo de bruxismo) mostró una menor asociación.

La relación entre patologías de salud mental como el TDAH y alteraciones del sueño como el bruxismo del sueño en niños aún se encuentran en estudio, con indicios de una posible relación bidireccional aún poco clara. Investigaciones futuras en esta área podrían contribuir a dilucidar su relación, asociación entre sus mecanismos de acción y posibilidad de tratamiento efectivo, oportuno e integral.

Existen limitaciones en el diagnóstico de bruxismo del sueño definitivo debido al costo y acceso a la polisomnografía, lo cual restringe su evaluación instrumental objetiva. Lo anterior explica el uso diagnóstico del auto-reporte por parte de los padres en la mayor parte de los estudios revisados, en conjunto con el examen clínico odontológico.

Se debe considerar un enfoque multidisciplinario en el manejo del bruxismo del sueño en niños, considerando su etiología multifactorial, en el cual el diagnóstico por parte del odontólogo y análisis de las comorbilidades asociadas es clave.

El TDAH es una patología frecuente en la población pediátrica y puede ser diagnosticado tempranamente por profesionales médicos, lo cual puede contribuir en una mejor calidad de vida y bienestar de los niños, y además generar un mayor bienestar en sus padres, familia y entorno.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Manfredini D, Ahlberg J, Lobbezoo F. Bruxism definition: Past, present, and future – What should a prosthodontist know? *J Prosthet Dent* [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2024];128(5):905–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33678438/>
2. Bulanda S, Ilczuk-Rypuła D, Nitecka-Buchta A, Nowak Z, Baron S, Postek-Stefańska L. Sleep bruxism in children: Etiology, diagnosis, and treatment—A literature review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 16 de agosto de 2024];18(18):9544. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/18/9544>
3. Manfredini D, Restrepo C, Diaz-Serrano K, Winocur E, Lobbezoo F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2013 [citado el 16 de agosto de 2024];40(8):631–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23700983/>
4. Kuang B, Li D, Lobbezoo F, de Vries R, Hilgevoord A, de Vries N, et al. Associations between sleep bruxism and other sleep-related disorders in adults: a systematic review. *Sleep Med* [Internet]. 2022;89:31–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2021.11.008>
5. Matusz K, Maciejewska-Szaniec Z, Gredes T, Pobudek-Radzikowska M, Glapiński M, Górna N, et al. Common therapeutic approaches in sleep and awake bruxism — an overview. *Neurol Neurochir Pol* [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2024];56(6):455–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36444852/>
6. Hani de Ardila A. Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2009 [citado el 16 de agosto de 2024];24(1):87–94. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572009000100013&ln
7. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2015 [citado el 16 de agosto de 2024];86(5):373–9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000500012
8. Storari M, Serri M, Aprile M, Denotti G, Viscuso D. Bruxism in children: What do we know? Narrative Review of the current evidence. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2023 [citado el 16 de agosto de 2024];24(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37668461/>
9. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2018;45(11):837–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12663>
10. May T, Birch E, Chaves K, Cranswick N, Culnane E, Delaney J, et al. The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2023;57(8):1101–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/00048674231166329>
11. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2017; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
12. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical

- practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2019 [citado el 16 de agosto de 2024];144(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31570648/>
13. Saulue P, Carra M-C, Laluque J-F, d'Incau E. Understanding bruxism in children and adolescents. *Int Orthod* [Internet]. 2015 [citado el 16 de agosto de 2024];13(4):489–506. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26608467/>
 14. Yin H, Yang D, Yang L, Wu G. Relationship between sleep disorders and attention-deficit–hyperactivity disorder in children. *Front Pediatr* [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2024];10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35935380/>
 15. Souto-Souza D, Mourão PS, Barroso HH, Douglas-de-Oliveira DW, Ramos-Jorge ML, Falci SGM, et al. Is there an association between attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents and the occurrence of bruxism? A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto de 2024];53(101330):101330. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32554210/>
 16. Chin W-C, Huang Y-S, Chou Y-H, Wang C-H, Chen K-T, Hsu JF, et al. Subjective and objective assessments of sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder and the effects of methylphenidate treatment. *Biomed J* [Internet]. 2018;41(6):356–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bj.2018.10.004>
 17. Alvarez GG, Najera RIS, Cuevas RP, Erosa RAC, Cenicerros FGA, Enriquez SN, et al. Sleep bruxism in children: An overview and current update. *Int J Appl Dent Sci* [Internet]. 2022;8(2):11–5. Disponible en: <https://www.oraljournal.com/pdf/2022/vol8issue2/PartA/8-1-102-997.pdf>
 18. Huynh N, Fabbro CD. Sleep bruxism in children and adolescents—A scoping review. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2024;51(1):103–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/joor.13603>
 19. Emodi-Perlman A, Shreiber-Fridman Y, Kaminsky-Kurtz S, Eli I, Blumer S. Sleep bruxism in children—what can be learned from anamnestic information. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [citado el 16 de agosto de 2024];12(7):2564. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/7/2564>
 20. Machado E, Dal-Fabbro C, Cunalí PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children: A systematic review. *Dental Press J Orthod* [Internet]. 2014 [citado el 16 de agosto de 2024];19(6):54–61. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/tTpM6D7H6QNYq6jwDT3Kyzv/>
 21. Restrepo-Serna C, Winocur E. Sleep bruxism in children, from evidence to the clinic. A systematic review. *Front Oral Health* [Internet]. 2023;4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/froh.2023.1166091>
 22. Mota-Veloso I, Celeste RK, Fonseca CP, Soares MEC, Marques LS, Ramos-Jorge ML, et al. Effects of attention deficit hyperactivity disorder signs and socio-economic status on sleep bruxism and tooth wear among schoolchildren: structural equation modelling approach. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2017;27(6):523–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12291>

Ingesta de alimentos, fuente de probióticos y grado de caries dental.

Food Intake, Probiotic Sources, and Degree of Dental Caries.

Ingestão de alimentos, fontes de probióticos e grau de cárie dentária.

 Pamela Fuentes Pinto ¹
 María Isabel Montaña Rodríguez ¹
 Maria Liz Quispe Miranda ¹
 Katya Prado Camargo ²
 Maria Lorena Orellana Aguilar ³

Resumen.

Introducción: La inclusión de probióticos en la alimentación ha demostrado tener un impacto positivo en la salud oral. Este estudio tuvo como objetivo describir el consumo de probióticos y el grado de caries dental en pacientes que acuden a una clínica odontológica. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, en el que participaron 60 sujetos. Las técnicas utilizadas incluyeron la aplicación de encuestas y la observación clínica mediante instrumentos odontológicos. **Resultados:** Los hallazgos indicaron que el 88,9 % de los participantes consume leche, el 96,7 % frutas, el 98,3 % verduras y el 70 % alimentos fermentados. Además, el 43 % de la población presentó caries de segundo grado. **Discusión:** La inclusión de probióticos en la dieta diaria resulta fundamental debido a su importante contribución en la prevención de enfermedades, promoviendo no solo la salud oral, sino también el bienestar general.

Palabras clave: Probióticos, Caries Dental, Dieta.

Abstract

Introduction: The inclusion of probiotics in the diet has been shown to have a positive impact on oral health. This study aimed to describe the consumption of probiotics and the degree of dental caries in patients attending a dental clinic. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional, observational, and prospective study was conducted with the participation of 60 subjects. The techniques used included the application of surveys and clinical observation with dental instruments. **Results:** The findings indicated that 88.9% of participants consumed milk, 96.7% consumed fruits, 98.3% consumed vegetables, and 70% consumed fermented foods. Additionally, 43% of the population presented with second-degree caries. **Discussion:** Including probiotics in the daily diet is essential due to their significant role

Correspondencia a:

¹ Centro de Investigación de Medicina UNITEPC (CIMU). Cochabamba Bolivia.

² Centro de Investigación de Odontología UNITEPC (CIO). Cochabamba - Bolivia

³ Centro de Investigación de Salud Pública UNITEPC (CISPU). Cochabamba - Bolivia

Email de contacto:

pamelfuentespinto@gmail.com

isabelmontaño@gmail.com

marializquispemiranda282@gmail.com

day182world@gmail.com

lorena72014@gmail.com

Recibido para publicación:

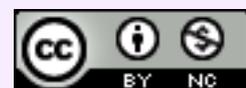
25 de agosto del 2024

Aceptado para publicación:

29 de octubre del 2024

Citar como:

Fuentes Pinto P, Montaña Rodríguez MI, Quispe Miranda ML, Prado Camargo K, Orellana Aguilar ML. Ingesta de alimentos, fuente de probióticos y grado de caries dental. Recio UNITEPC. 2024;3(2):17-22.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

in disease prevention, promoting not only oral health but also overall well-being.

Keywords: Probiotics, Dental Caries, Diet.

Resumo

Introdução: A inclusão de probióticos na alimentação tem demonstrado um impacto positivo na saúde bucal. Este estudo teve como objetivo descrever o consumo de probióticos e o grau de cárie dentária em pacientes que frequentam uma clínica odontológica. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, transversal, observacional e prospectivo, com a participação de 60 indivíduos. As técnicas utilizadas incluíram a aplicação de questionários e observação clínica com instrumentos odontológicos. **Resultados:** Os achados indicaram que 88,9% dos participantes consomem leite, 96,7% consomem frutas, 98,3% consomem verduras e 70% consomem alimentos fermentados. Além disso, 43% da população apresentou cáries de segundo grau. **Discussão:** A inclusão de probióticos na dieta diária é essencial devido ao seu papel significativo na prevenção de doenças, promovendo não apenas a saúde bucal, mas também o bem-estar geral.

Palavras-chave: Probióticos, Cárie Dentária, Dieta.

Introducción

Los probióticos son alimentos o suplementos dietéticos que contienen microorganismos vivos no patógenos, los cuales tienen un efecto beneficioso sobre la salud del huésped, son inofensivos y se utilizan ampliamente para tratar diversas dolencias físicas (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los probióticos como microorganismos vivos que, administrados en cantidades adecuadas, confieren beneficios para la salud del huésped (2). Desde 1965, se propusieron los probióticos como sustancias secretadas por microorganismos capaces de estimular el crecimiento de otros microorganismos, en contraste con los antibióticos (3).

En términos de beneficios para el organismo, los probióticos tienen un impacto significativo en el área dental, principalmente en la prevención y manejo de la caries dental. La caries es una patología multifactorial con etiología, patogenia, manifestaciones clínicas y varios factores de riesgo predisponentes (4). Se considera una enfermedad dental infecciosa y transmisible, caracterizada por la disolución gradual de los tejidos calcificados de los dientes debido a la actividad de microorganismos presentes en la placa dental (5). Específicamente, la caries dental implica un daño bacteriano que afecta la superficie del esmalte dental, siendo una enfermedad progresiva y transmisible (6).

La clasificación de los grados de caries suele basarse en la profundidad y extensión de la lesión en el diente, utilizando sistemas estandarizados para su descripción (7). La caries dental no tratada es la enfermedad más común a nivel mundial, afectando a aproximadamente 2.500 millones de personas (8).

En el contexto latinoamericano, la caries dental representa un importante problema de salud pública debido a las altas prevalencias registradas. Por ejemplo, en Perú, según un reporte oficial del Ministerio de Salud (MINSA) en 2005, se encontró que el 90 % de los estudiantes presentaba caries dental, con una tasa de prevalencia del 90,6 % en zonas urbanas y 88,7 % en áreas rurales (9). Según la OMS, la caries afecta entre el 60 % y el 90 % de los estudiantes, con factores socioculturales, económicos, ambientales y de comportamiento asociados a su ocurrencia.

En Chile, la caries comienza desde los primeros años de vida, reportándose una prevalencia del 17,5 % a los 2 años, del 49,6 % a los 4 años, del 70,4 % a los 6 años y del 62,5 % a los 12 años (10). En Bolivia, un estudio reportó una prevalencia del 85 %, mostrando una reducción de 10 puntos porcentuales desde 1995. En el municipio de Colcapirhua, se registró que la caries dental afecta al 87,8 % de la población adolescente (12).

Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo describir el consumo de probióticos y el grado de caries dental en pacientes que asisten a una clínica odontológica.

Metodología.

Este estudio fue de diseño descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, con la participación de 60 sujetos. Los criterios de inclusión contemplaron a pacientes mayores de 18 años que aceptaron participar de manera voluntaria.

Para evaluar el consumo de alimentos, se aplicó una encuesta con preguntas cerradas. Para determinar el grado de caries dental, se emplearon instrumentos odontológicos que permitieron la evaluación de cada pieza dentaria, cuyos resultados fueron registrados detalladamente. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico para procesar y presentar los resultados obtenidos.

Antes del inicio del estudio, se proporcionó a los participantes información clara y detallada sobre los objetivos y procedimientos del estudio. Aquellos que comprendieron la información otorgaron su consentimiento informado mediante la firma correspondiente.

Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 60 personas, de los cuales el 46,7 % (n=28) fueron hombres y el 53,3 % (n=32) mujeres. En cuanto a la distribución etaria, la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 19 a 24 años, como se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por grupo etario y sexo de los sujetos de información

Sexo	Grupos etarios					Total
	18 años	19-24	25-29	30-35	36	
Femenino	7	20	3	1	1	32
Masculino	4	21	1	1	1	28
Totales	11	41	4	2	2	60

Fuente: Elaboración propia

En relación con el consumo de leche y sus derivados, el 96,4 % (n=27) de los hombres consume estos productos, mientras que el 3,6 % (n=1) no lo hace. En el caso de las mujeres, el 81,3 % (n=26) consume leche y derivados, y el 18,8 % (n=6) no. En cuanto a la frecuencia de consumo, la mayor parte de los sujetos indicó que consumen estos productos una vez por semana, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia del consumo de leche y derivados.

Consumo diario	Tres o más veces a la semana pero no a diario	Una o dos veces semana	Menos de una vez por semana	Nunca
10 (16,7 %)	11(18,3 %)	21(35 %)	11(18,3 %)	7(11,7 %)

Fuente: Elaboración propia

Respecto al consumo de frutas, verduras y alimentos fermentados, se encontraron los siguientes resultados: el 96,7 % de los sujetos consume frutas, el 98,3 % verduras, mientras que el consumo de fermentados es del 70 %, según lo reflejado en la Tabla 3.

Tabla 3. Consumo de frutas, verduras y fermentados.

Alimentos	Si	No
Frutas (plátano, manzana, naranja, piña, arándanos, ciruela)	58 (n= 96,7 %)	2(n= 3,3 %)
Verduras(zanahoria, pimentón, vainitas, coliflor, rábano, pepino)	59(n= 98,3 %)	1(n= 1,7 %)
Fermentados(soya, repollo, kéfir, yogur)	42(n= 70,0 %)	18(n= 30,0 %)

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en cuanto a los grados de caries presentados por los sujetos, la mayor proporción presentó caries de segundo grado, como se detalla en la Tabla 4.

Tabla 4. Grado de caries en pacientes que acuden a la clínica odontológica.

Grado de caries	n	%
Grado 1	25	41 %
Grado 2	26	43 %
Grado 3	7	12 %
Grado 4	2	4 %
Total	60	100 %

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Los hallazgos del estudio evidenciaron que el consumo de leche y sus derivados, así como de frutas y verduras, es muy frecuente en la población estudiada. Sin embargo, el consumo de alimentos fermentados fue menor en comparación con los otros alimentos mencionados. Por otro lado, la caries dental se identificó como un problema prevalente en toda la población del estudio, presentándose en distintos grados. La literatura existente señala que los factores relacionados con la caries son múltiples y complejos (4-6).

Los lactobacilos, presentes en los alimentos fermentados, tienen la capacidad de fermentar la lactosa, inhibir el crecimiento de bacterias proteolíticas y reducir el pH del colon, lo que refuerza su impacto positivo en la salud. El consumo regular de productos como la leche fermentada resulta beneficioso para la salud humana, y actualmente, una de las estrategias emergentes para prevenir la caries dental es el uso de probióticos (13).

Un estudio realizado en Pinar del Río destaca la importancia de fortalecer la educación sobre probióticos en el ámbito odontológico, ya que estos microorganismos pueden reducir la cantidad de patógenos involucrados en diversas enfermedades bucales, contribuyendo a disminuir los casos de enfermedades dentales (14).

La ingesta regular de probióticos se ha convertido en una recomendación clave para mejorar la salud general. Estos microorganismos, presentes en alimentos como el yogur, el kéfir y otros productos fermentados, juegan un papel crucial en el mantenimiento de una flora intestinal equilibrada (2,3). Al apoyar la flora intestinal, los probióticos no solo mejoran la digestión y la absorción de nutrientes, sino que también fortalecen el sistema inmunitario.

Por lo tanto, la inclusión de probióticos en la dieta diaria no solo contribuye a la prevención de enfermedades gastrointestinales y al mantenimiento de la salud metabólica, sino que también tiene un impacto positivo en la salud oral, promoviendo así el bienestar general.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento.

El estudio fue autofinanciado.

Contribución de los autores.

El aporte de los autores fue equitativo.

Aceptación.

Este artículo fue aprobado por el Editor de la revista.

Referencias Bibliográficas:

1. Meza SGP, Madrid D, Alvarado EG, Hernández C, Millones-Gómez P. Efectos benéficos de los probióticos en la prevención de caries dental. 2020 [citado el 24 de junio de 2024];14:31–5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7512758.pdf>
2. Rappaccioli Salinas R, Zaror Loaiciga V, Herrera Jaramillo S. Probióticos: desafíos, revisión y alcance. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2021 [citado el 24 de junio de 2024];6(6):e686. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/686>
3. Olveira G, González-Molero I. Actualización de probióticos, prebióticos y simbióticos en nutrición clínica. Endocrinol Nutr [Internet]. 2016;63(9):482–94. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575092216301139>
4. Catalá Pizarro M, Cortés Lillo O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. An Pediatr Contin [Internet]. 2014;12(3):147–51. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1696281814701842>
5. Researchgate.net. [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Juan-Loyola-Rodriguez/publication/298352831_caries_dental/links/56e8701908aea51e7f3b51ff/caries-dental.pdf
6. Santos AC, Cano IL, Huéscar AG, García MÁO, Carrasco M, Sánchez J. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. Revista Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2019 [citado el 24 de junio de 2024];21(82):e47–59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007
7. Zelada T, Alexandra M. Prevalencia y necesidad de tratamiento de caries dental en pacientes atendidos en el servicio de odontología del centro de salud Pacanguilla, distrito de Pacanga, provincia de Chepén, departamento La Libertad, año 2022. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2024.
8. La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial [Internet]. Who.int. [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-ne>



[glect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population](#)

9. Epidemiología de la caries dental en america latina [Internet]. Revistaodontopediatria.org. [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-4/>
10. Espinoza-Espinoza G, Pineda P, Atala-Acevedo C, Muñoz-Millán P, Muñoz S, Weits A, et al. Prevalence and severity of dental caries in beneficiary children in the oral health program associated with schools in Chile [Internet]. Scielo.cl. [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v15n1/0718-381X-ijodontos-15-01-166.pdf>
11. MINISTERIO DE SALUD COADYUVÓ EN REDUCCIÓN DEL ÍNDICE DE POBLACIÓN CON PROBLEMA DE CARIES EN LOS DIENTES [Internet]. Gob.bo. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/2144-ministerio-de-salud->
12. Canchari Pereyra TP, Cortez Beltrán LA, Rojas Claros AMJ, Iporre Duran. S, Orellana Aguilar ML, Rojas Terrazas LF. Salud oral en adolescentes: Escuelas saludables. Recisa UNITEPC [Internet]. 2022;9(1):49–55. Disponible en: <https://investigacion.unitepc.edu.bo/revista/index.php/revista-unitepc/article/view/107>
13. López YLP, Torres-Rosas R, Argueta-Figueroa L. Mecanismos de acción de los probióticos en la inhibición de microorganismos cariogénicos. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2023;34(3):216–23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S071686402300041X>
14. Vásquez-Barberán S de LÁ, Mesache-Villagómez MA, Arroyo-Lalama EM, Vaca-Altamirano GL. Conocimiento sobre el uso de probióticos para la prevención de caries dentales. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2023 [citado el 24 de junio de 2024];27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942023000800003&script=sci_arttext

Caracterización de maloclusiones en pacientes de 6 a 10 años.

Characterization of Malocclusions in Patients Aged 6 to 10.

Caracterização das Maloclusões em Pacientes de 6 a 10 Anos.

-  Teresa Paola Canchari Pereyra ¹
-  Jorge Ramón Rojas Arze ¹
-  Ronald Edson Arnez Torrico ¹
-  Diego Mauricio Ríos Vargas ¹

Resumen.

Introducción: Las maloclusiones representan el tercer problema de salud bucal más prevalente a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo más frecuentes en niños de 6 a 10 años, etapa clave de crecimiento y desarrollo. La corrección oportuna mediante dispositivos ortodóncicos es fundamental para tratar estas patologías de manera eficaz y evitar complicaciones futuras. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo y observacional. La población estuvo compuesta por 71 pacientes atendidos en la Clínica de Ortodoncia durante la gestión 2023. Los datos se recolectaron a través de exámenes clínicos intraorales y pruebas complementarias específicas. **Resultados:** De los 71 pacientes evaluados, el 59% (n=42) correspondió al sexo femenino, presentando una mayor frecuencia de maloclusiones. La edad más afectada en el sexo femenino fue de 7 años, con un 23% (n=16), mientras que en el sexo masculino la mayor prevalencia se observó a los 9 años, con un 16% (n=11). **Discusión:** Los resultados muestran que las maloclusiones son más prevalentes en el sexo femenino, con un 59% (n=42). En cuanto a la distribución por edad, las niñas de 7 años presentan el mayor porcentaje de casos (23%, n=16), mientras que en los niños la mayor incidencia ocurre a los 9 años (16%, n=11). Estos hallazgos resaltan la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para reducir las consecuencias de las maloclusiones en etapas críticas de desarrollo

Palabras clave: Ortodoncia, Salud bucal, Dispositivos ortodóncicos, Odontología preventiva.

Abstract.

Introduction: Malocclusions represent the third most prevalent oral health problem worldwide, according to the World Health Organization (WHO). They are most common in children aged 6 to 10 years, a critical stage for growth and development. Timely correction through orthodontic devices is essential to effectively

Correspondencia a:

¹ Universidad Técnica Privada Cosmos UNITEPC. Centro de Investigación Odontología. Cochabamba, Bolivia.

Email de contacto:

cancharipaola23@gmail.com

orto_jra@hotmail.com

arnez.ronald@gmail.com

diego_riv96@hotmail.com

Recibido para publicación:

30 de agosto del 2024

Aceptado para publicación:

29 de octubre del 2024

Citar como:

Canchari Pereyra TP, Rojas Arze JR, Arnez Torrico RE, Ríos Vargas DM. Caracterización de maloclusiones en pacientes de 6 a 10 años. Recio UNITEPC. 2024;3(2):23-30.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

treat these conditions and prevent future complications. **Methodology:** A quantitative, cross-sectional, retrospective, and observational study was conducted. The study population consisted of 71 patients treated at the Orthodontic Clinic during 2023. Data were collected through intraoral clinical examinations and specific complementary tests. **Results:** Among the 71 patients evaluated, 59% (n=42) were female, presenting a higher frequency of malocclusions. The most affected age among females was 7 years, with 23% (n=16), while among males, the highest prevalence was observed at 9 years, with 16% (n=11). **Discussion:** The results show that malocclusions are more prevalent in females, accounting for 59% (n=42). Regarding age distribution, girls aged 7 years had the highest percentage of cases (23%, n=16), while boys showed the highest incidence at 9 years (16%, n=11). These findings highlight the importance of early diagnosis and timely treatment to mitigate the consequences of malocclusions during critical developmental stages.

Keywords: Orthodontics, Oral health, Orthodontic devices, Preventive dentistry.

Resumo.

Introdução: As maloclusões representam o terceiro problema de saúde bucal mais prevalente no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Elas são mais comuns em crianças de 6 a 10 anos, uma etapa crítica para o crescimento e desenvolvimento. A correção oportuna por meio de dispositivos ortodônticos é essencial para tratar essas patologias de forma eficaz e prevenir complicações futuras.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e observacional. A população do estudo foi composta por 71 pacientes atendidos na Clínica de Ortodontia durante o ano de 2023. Os dados foram coletados por meio de exames clínicos intraorais e testes complementares específicos. **Resultados:** Dos 71 pacientes avaliados, 59% (n=42) eram do sexo feminino, apresentando maior frequência de maloclusões. A idade mais afetada no sexo feminino foi 7 anos, com 23% (n=16), enquanto no sexo masculino a maior prevalência foi observada aos 9 anos, com 16% (n=11). **Discussão:** Os resultados mostram que as maloclusões são mais prevalentes no sexo feminino, com 59% (n=42). Em relação à distribuição por idade, as meninas de 7 anos apresentaram a maior porcentagem de casos (23%, n=16), enquanto os meninos mostraram maior incidência aos 9 anos (16%, n=11). Esses achados ressaltam a importância do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno para mitigar as consequências das maloclusões durante estágios críticos do desenvolvimento.

Palavras-chave: Ortodontia, Saúde bucal, Dispositivos ortodônticos, Odontologia preventiva.

Introducción.

En los últimos años, las maloclusiones en niños en etapa de crecimiento y desarrollo se han considerado la tercera enfermedad más frecuente en la población, las cuales deben ser tratadas oportunamente. La maloclusión se define como el mal contacto de los dientes en los maxilares, lo que puede ser causado por factores genéticos, malos hábitos bucales, malposición dental y desarrollo inadecuado de los maxilares (1). Según Canut, las maloclusiones se clasifican en tres tipos principales: maloclusiones verticales, que incluyen mordidas abiertas y mordidas profundas; maloclusiones transversales, que comprenden la mordida cruzada posterior unilateral, mordida cruzada posterior bilateral y mordida en tijera o total, y maloclusiones sagitales, subdivididas en clase I, que incluye apiñamiento, biprotrusión, diastemas y mordida cruzada an-

terior; clase II, con las subdivisiones 1 y 2, y clase III, que abarca mordida cruzada anterior, pseudo clase III y clase III esquelética (2,3).

Es fundamental diagnosticar estas maloclusiones a edades tempranas y enfocarse en la ortodoncia preventiva, lo que permite identificar los problemas dentales y maxilares durante las etapas de crecimiento y desarrollo, tratando y corrigiendo rápidamente los desalineamientos dentales y las alteraciones en el desarrollo de los maxilares. La ortodoncia preventiva es una rama de la odontología encargada de corregir mordidas deficientes e irregularidades en la posición de los dientes. Esta área enfatiza la necesidad de abordar los problemas bucales durante la infancia, etapa en la que pueden prevenirse y corregirse, analizando los tratamientos aplicables y los factores que inciden en el desarrollo de estas condiciones (4).

La Asociación Americana de Ortodoncia señala que los arqueólogos han descubierto tumbas de cadáveres momificados con bandas de metal alrededor de los dientes. Desde los años 400 y 500 a. C., Hipócrates y Aristóteles ya exploraban formas de alinear los dientes. Francia es considerado el país de origen de la ortodoncia, destacando figuras como Farrar, autor de dos volúmenes titulados "Tratado sobre las irregularidades de los dientes y sus correcciones", y Fauchard, quien marcó un hito al incorporar las maloclusiones al campo de la ortodoncia durante la época medieval. Además, Norman W. Kingsley, dentista, escritor y escultor, escribió en 1858 el primer artículo sobre ortodoncia, seguido de su libro "Tratado sobre las deformidades bucales" en 1880 (5).

A nivel mundial, estudios epidemiológicos han demostrado que la maloclusión presenta tasas de prevalencia superiores al 60 % en las poblaciones estudiadas. Investigaciones realizadas en niños de 4 a 5 años reportan prevalencias de entre 70 % y 80 %, aumentando hasta un 96.4% en adolescentes. La prevalencia global de maloclusiones dentales se sitúa entre el 65 % y el 89 % (6). Asimismo, se ha identificado que la maloclusión es una de las enfermedades bucales más comunes en niños, con una relación significativa entre los determinantes sociales y su desarrollo. Los resultados evidencian que los niveles socioeconómicos bajos están asociados con una salud oral deficiente debido a la falta de acceso a servicios e implementos de salud oral (7).

A nivel internacional, en Chile se estudió la prevalencia de maloclusiones en escolares de 5 a 14 años pertenecientes a la etnia aymara de la comuna de Colchane, destacándose que las variaciones están influenciadas por el grupo étnico, el rango etario y los criterios diagnósticos utilizados (8). En América Latina, se identificaron maloclusiones esqueléticas en hombres y mujeres de 11 a 50 años que solicitaron cirugía ortognática en el departamento de Azuay, Ecuador, observándose una alta prevalencia de maloclusiones clase III (9).

En el ámbito nacional, se observó que las maloclusiones clase III, caracterizadas por su complejidad para ser corregidas y su impacto en la armonía facial y el bienestar psicológico, son comunes en pacientes pediátricos que asisten a la clínica de ortodoncia de la Facultad de Odontología en Tarija. Estas maloclusiones afectan mayormente a niños entre 5 y 10 años, según Mollo (10).

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia, distribución y características de las maloclusiones, así como identificar los dispositivos ortopédicos empleados en el tratamiento preventivo e interceptivo de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UNITEPC durante las gestiones I y II del año 2023.

Metodología.

Se efectuó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, desarrollado durante el periodo correspondiente al año 2023. La población de estudio estuvo conformada por 71 pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Técnica Privada Cosmos (UNITEPC) durante las gestiones I y II de dicho año. El muestreo utilizado fue no probabilístico, seleccionando a los pacientes que cumplieran con los criterios previamente establecidos para la investigación.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la utilización de una historia clínica individual para cada paciente, donde se registraron los datos personales, antecedentes clínicos y demás información relevante. Posteriormente, los datos fueron organizados y sistematizados en un instrumento diseñado específicamente para incluir todas las variables de estudio. Dicho instrumento permitió categorizar y analizar las características de las maloclusiones, los tipos de mordidas, las clases de maloclusiones según Angle y los dispositivos de ortodoncia empleados en los tratamientos.

El análisis de los datos se realizó utilizando métodos estadísticos descriptivos, representando los resultados en gráficos que muestran las frecuencias de las diferentes variables evaluadas. Los resultados se analizaron en función de la distribución de maloclusiones según edad y sexo, tipos de mordidas verticales y transversales, clases de maloclusiones sagitales, y los dispositivos ortopédicos utilizados en los tratamientos preventivos e interceptivos.

Se siguieron principios éticos en la realización del estudio, asegurando la confidencialidad de los datos de los pacientes y cumpliendo con las normativas vigentes para la investigación en salud.

Resultados.

En el Gráfico 1, se identificaron las maloclusiones según el género en un total de 71 pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UNITEPC durante la gestión 2023. La frecuencia de maloclusiones fue mayor en el sexo femenino, con un 59% (n=42), mientras que el sexo masculino presentó un 41% (n=29). En relación con la edad, el grupo más afectado dentro del sexo femenino correspondió a las niñas de 7 años, con un 23% (n=16). Por otro lado, en el sexo masculino, la mayor frecuencia se observó en los niños de 9 años, con un 16% (n=11).

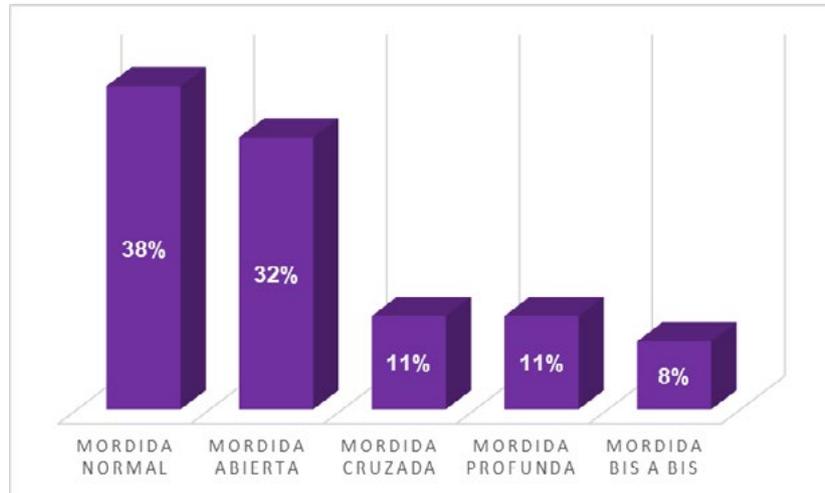
Gráfico N.º 1: Frecuencia de maloclusiones según edad y sexo en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica durante la gestión 2023.

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
4	1% (n=1)	0% (n=0)	1% (n=1)
5	0% (n=0)	1% (n=1)	1% (n=1)
6	4% (n=3)	1% (n=1)	5% (n=4)
7	23% (n=16)	4% (n=3)	27% (n=19)
8	11% (n=8)	8% (n=5)	19% (n=13)
9	4% (n=3)	16% (n=11)	20% (n=14)
10	16% (n=11)	11% (n=8)	27% (n=19)
TOTAL	59% (n=42)	41% (n=29)	100% (n=71)

Fuente: Elaboración propia.

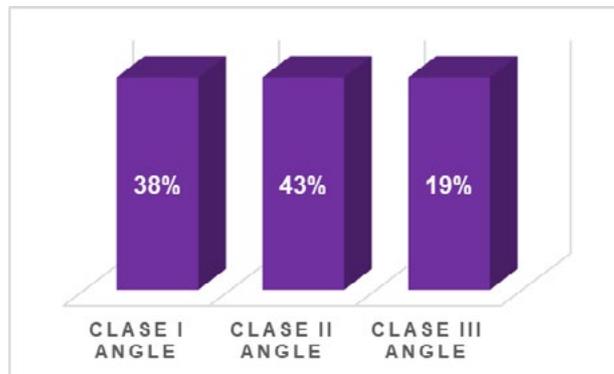
En el Gráfico 2, se identificaron los tipos de mordida presentes en los pacientes atendidos. Los resultados muestran que la mordida normal fue la más frecuente, con un 38% (n=30), seguida de la mordida abierta, que alcanzó un 32% (n=25). En menor proporción, se registró la mordida bis a bis, con un 8% (n=6).

Gráfico N.º 2: Tipos de mordida en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica durante la gestión 2023.



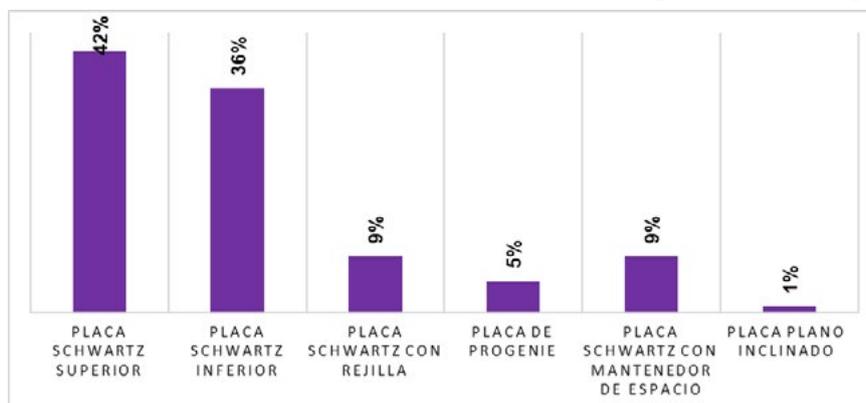
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N.º 3: Maloclusiones de clase I, clase II y clase III en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica durante la gestión I y II de 2023.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N.º 4: Placas ortopédicas utilizadas para el tratamiento preventivo e interceptivo de maloclusiones en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica durante la gestión 2023.



Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 3, se analizaron las maloclusiones según la clasificación de Angle. Durante la gestión I, la maloclusión clase II fue la más frecuente, representando un 43% (n=34). En contraste, la maloclusión clase III presentó la menor frecuencia, alcanzando un 19% (n=15).

En el Gráfico 4, se determinaron los dispositivos ortopédicos empleados en los tratamientos preventivos e interceptivos. Los resultados indican que las placas Schwartz superiores fueron las más utilizadas, con un 42% (n=44). Por el contrario, las placas de progenie para clase III fueron las menos empleadas, representando un 5% (n=5).

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento.

El estudio fue autofinanciado.

Contribución de los autores.

El aporte de los autores fue equitativo.

Aceptación.

Este artículo fue aprobado por el Editor de la revista.

Discusión.

Una vez analizados los datos, se determinó que la frecuencia de maloclusiones según edad y sexo en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UNITEPC durante la gestión 2023 fue mayor en el sexo femenino. En la gestión I, el 56% de los casos correspondieron a mujeres, mientras que en la gestión II este porcentaje aumentó al 69%. Este hallazgo coincide con estudios previos sobre maloclusiones dentarias en escolares, según el índice de estética dental, donde se observa una distribución equilibrada de maloclusiones con respecto a la edad y el género (11).

En cuanto a la clasificación de maloclusiones, según Angle, en la gestión I se identificó que la maloclusión clase II fue la más prevalente, con un 62%. Por su parte, en la gestión II, la maloclusión clase I predominó con un 47%. Estos resultados son consistentes con el estudio de Munguía Cabrera realizado en Huánuco, que evidenció una mayor frecuencia de maloclusión de Angle clase II, caracterizada por alteraciones verticales significativas, las cuales derivan frecuentemente en mordidas abiertas (11).

Asimismo, se analizó el tipo de aparato de ortodoncia más utilizado en los tratamientos realizados durante ambas gestiones. Las placas de expansión superior fueron las más empleadas, representando un 44% (n=14) en la gestión I y un 41% (n=30) en la gestión II. Este hallazgo guarda relación con investigaciones previas, que evidencian el uso de propulsores mandibulares como tratamiento alternativo para maloclusiones clase II, logrando resultados efectivos a través de fuerzas ortopédicas aplicadas en los maxilares (12).

Estos resultados resaltan la importancia de realizar diagnósticos tempranos y emplear tratamientos personalizados que respondan a las necesidades específicas de cada paciente, contribuyendo al desarrollo óptimo de la salud bucal.

Referencias bibliográficas

1. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal

- en una población escolar del Estado de México [Internet]. [citado 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000500005
2. Morales FJU. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev ADM. 2007;65(3):97-109.
 3. Brusola JAC. Ortodoncia clínica y terapéutica. Elsevier España; 2000. 722 p.
 4. Quirós O. introduccion a la ortodoncia. Acta Odontológica Venez [Internet]. septiembre de 2004 [citado 2 de junio de 2024];42(3):230-1. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-63652004000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 5. Pérez C de la CM, Mora IÁ, Hernández AB, Ortiz MEG. Desarrollo de la ortodoncia en la provincia Cienfuegos. MediSur [Internet]. [citado 27 de junio de 2024];16(2):309-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180061493014/html/>
 6. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México [Internet]. [citado 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600004
 7. Angulo NEN, Sobral MAP. Factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos de 3-9 años de edad. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2020 [citado 27 de junio de 2024];57(2):1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3786/378663372009/html/>
 8. Segeur-Serey K, Fuentes-Kirsinger F, Sabando-Franulic V, Donaire-Arias F, Vásquez-Huerta A, Segeur-Serey K, et al. Prevalencia de Maloclusión y Caries Dental en Niños Aymaras de Colchane, Chile. Int J Odontostomatol [Internet]. junio de 2020 [citado 27 de junio de 2024];14(2):191-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2020000200191&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 9. Espinosa DMB, Montoya EAO, Almache MEC. Prevalencia de las maloclusiones esqueléticas en la población de la provincia del Azuay - Ecuador. Res Soc Dev [Internet]. 25 de abril de 2021 [citado 27 de junio de 2024];10(5):e24010515022-e24010515022. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15022>
 10. López JRM, Guzmán JP, Pinto AG. Intervención temprana en el tratamiento de la maloclusión Clase III: Reporte de caso. Rev Investig E Inf En Salud [Internet]. 29 de junio de 2023 [citado 27 de junio de 2024];18(44):56-64. Disponible en: <https://revistas.univalle.edu/index.php/salud/article/view/928>
 11. Kiep P, Duerksen G, Cantero L, López A, Mendieta HN, Ortiz R, et al. Grado de maloclusiones según el índice de estética dental en pacientes que acudieron a la Universidad del Pacífico. Rev Científica Cienc Salud [Internet]. junio de 2021 [citado 27 de junio de 2024];3(1):56-62. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2664-28912021000100056&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 12. Pérez-Flores A, Gallegos-Delgado F, Hernández-Carrera MJ, Torres-González P, Cuevas-Drago P, Fierro-Monti C, et al. Riesgos asociados al uso de Expansión

Rápida del Maxilar. Av En Odontoestomatol [Internet]. abril de 2020 [citado 27 de junio de 2024];36(1):21-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852020000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Prevalencia y distribución de gingivitis aguda y crónica en Cochabamba, Bolivia: análisis de morbilidad 2023

Prevalence and Distribution of Acute and Chronic Gingivitis in Cochabamba, Bolivia: Morbidity Analysis 2023

Prevalência e Distribuição da Gengivite Aguda e Crônica em Cochabamba, Bolívia: Análise de Morbidade 2023

 Claudio Cárdenas Pelaez ¹
 Ana Maria Mamani Rosas ²

Resumen.

Introducción: La gingivitis es una enfermedad periodontal común y un problema de salud pública global. Se debe a la acumulación de placa bacteriana y puede evolucionar a periodontitis si no se trata. Su prevalencia es mayor en poblaciones con limitado acceso a salud bucal. Este estudio analiza su distribución en Cochabamba según edad y sexo, identificando patrones y factores de riesgo. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con datos del Consolidado de Morbilidad 2023 de Cochabamba. Se analizaron casos de gingivitis aguda y crónica según edad y sexo. Se aplicaron pruebas de Chi-Cuadrado y diferencia de proporciones. Los datos fueron anonimizados y obtenidos de registros oficiales, cumpliendo principios éticos y normativas de salud pública. **Resultados:** De 6,210 casos analizados, 59.03 % correspondieron a gingivitis aguda y 40.97 % a gingivitis crónica. La distribución por grupo etario y sexo mostró mayor prevalencia en adultos jóvenes de 20-39 años. El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre el sexo y el tipo de gingivitis (Chi-Cuadrado: 12.57, $p = 0.00039$; diferencia de proporciones: 4.67 %, $p = 0.00033$), evidenciando una mayor afectación en mujeres. **Discusión:** El estudio confirma la alta prevalencia de gingivitis en Cochabamba, con mayor incidencia de la forma aguda. La enfermedad es más común en adultos jóvenes y mujeres, con una asociación significativa según el sexo. Se destaca la necesidad de estrategias de prevención y acceso equitativo a la atención odontológica, así como futuras investigaciones sobre factores de riesgo y medidas de intervención.

Palabras clave: Enfermedades periodontales, Salud bucal, Higiene oral. Factores de riesgo.

Abstract.

Introduction: Gingivitis is a common periodontal disease and a

Correspondencia a:

¹ Servicio Departamental de Salud Cochabamba. Responsable departamental salud oral. Cochabamba-Bolivia.

² Universidad Técnica Privada Cosmos. Centro de Investigación de Salud Pública UNITEPC "CISPU". Cochabamba - Bolivia.

Email de contacto:

odontoclau_7@hotmail.com

anam.rosas1987@gmail.com

Recibido para publicación:

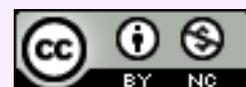
25 de agosto del 2024

Aceptado para publicación:

10 de diciembre del 2024

Citar como:

Cárdenas Pelaez C, Mamani Rosas AM. Prevalencia y distribución de gingivitis aguda y crónica en Cochabamba, Bolivia: análisis de morbilidad 2023. Recio UNITEPC. 2024;3(2):31-8.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

global public health concern. It is caused by the accumulation of bacterial plaque and can progress to periodontitis if left untreated. Its prevalence is higher in populations with limited access to oral healthcare. This study analyzes its distribution in Cochabamba by age and sex, identifying patterns and risk factors. **Methodology:** A cross-sectional descriptive observational study was conducted using data from the 2023 Morbidity Report of Cochabamba. Cases of acute and chronic gingivitis were analyzed by age and sex. Chi-square and proportion difference tests were applied. The data were anonymized and obtained from official records, complying with ethical principles and public health regulations. **Results:** Among 6,210 cases analyzed, 59.03% corresponded to acute gingivitis and 40.97% to chronic gingivitis. The distribution by age group and sex showed a higher prevalence in young adults aged 20–39 years. Statistical analysis revealed a significant association between sex and type of gingivitis (Chi-square: 12.57, $p = 0.00039$; proportion difference: 4.67%, $p = 0.00033$), indicating a higher incidence in women. **Discussion:** The study confirms the high prevalence of gingivitis in Cochabamba, with a greater incidence of the acute form. The disease is more common in young adults and women, with a significant association according to sex. The need for prevention strategies and equitable access to dental care is highlighted, as well as future research on risk factors and intervention measures.

Keywords: Periodontal diseases, Oral health, Oral hygiene, Risk factors.

Resumo.

Introdução: A gengivite é uma doença periodontal comum e um problema de saúde pública global. É causada pelo acúmulo de placa bacteriana e pode evoluir para periodontite se não for tratada. Sua prevalência é maior em populações com acesso limitado à saúde bucal. Este estudo analisa sua distribuição em Cochabamba por idade e sexo, identificando padrões e fatores de risco. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional descritivo transversal com dados do Consolidado de Morbidade 2023 de Cochabamba. Os casos de gengivite aguda e crônica foram analisados de acordo com idade e sexo. Foram aplicados testes de Qui-quadrado e diferença de proporções. Os dados foram anonimizados e obtidos de registros oficiais, conforme princípios éticos e normas de saúde pública. **Resultados:** Entre 6.210 casos analisados, 59,03% corresponderam à gengivite aguda e 40,97% à gengivite crônica. A distribuição por grupo etário e sexo mostrou maior prevalência em adultos jovens de 20 a 39 anos. A análise estatística revelou uma associação significativa entre sexo e tipo de gengivite (Qui-quadrado: 12,57, $p = 0,00039$; diferença de proporções: 4,67%, $p = 0,00033$), indicando maior incidência em mulheres. **Discussão:** O estudo confirma a alta prevalência de gengivite em Cochabamba, com maior incidência da forma aguda. A doença é mais comum em adultos jovens e mulheres, com uma associação significativa conforme o sexo. Destaca-se a necessidade de estratégias de prevenção e acesso equitativo ao atendimento odontológico, bem como pesquisas futuras sobre fatores de risco e medidas de intervenção.

Palavras-chave: Doenças periodontais, Saúde bucal, Higiene oral, Fatores de risco.

Introducción.

La gingivitis es una de las enfermedades periodontales más frecuentes y constituye

un problema de salud pública a nivel global. Se caracteriza por la inflamación de las encías debido a la acumulación de placa bacteriana y, si no se trata adecuadamente, puede evolucionar a periodontitis, una afección más grave con consecuencias irreversibles. Aunque puede afectar a personas de todas las edades, su prevalencia es mayor en poblaciones con acceso limitado a servicios de salud bucal y en aquellas con deficientes hábitos de higiene oral (1–3).

Estudios epidemiológicos han demostrado que la gingivitis es particularmente común en países en vías de desarrollo, donde los programas de prevención y educación en salud bucal suelen ser insuficientes. Factores como la alimentación, el nivel socioeconómico y la disponibilidad de atención odontológica influyen en su prevalencia. Además, las desigualdades en el acceso a tratamientos odontológicos agravan la situación en sectores vulnerables, incrementando la carga de esta patología en la salud pública (4,5).

La gingivitis puede clasificarse en dos formas principales: aguda y crónica. La gingivitis aguda se manifiesta como una inflamación rápida y severa de las encías, acompañada de dolor, sangrado y enrojecimiento intenso. Puede ser provocada por infecciones bacterianas agudas, traumatismos o deficiencias inmunológicas, y su evolución suele ser rápida, aunque con tratamiento oportuno, la recuperación es completa. Por otro lado, la gingivitis crónica es una inflamación prolongada y menos severa, caracterizada por enrojecimiento moderado, edema y sangrado ocasional. Se asocia a la acumulación sostenida de placa bacteriana y sarro debido a una higiene oral inadecuada. Su progresión es más lenta, pero puede derivar en periodontitis si no se trata adecuadamente. El diagnóstico diferencial entre ambas formas es esencial para establecer el manejo clínico adecuado y prevenir complicaciones (6).

El conocimiento de la distribución de la gingivitis según la edad y el sexo es fundamental para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más eficaces. Diferencias en la incidencia entre grupos etarios pueden estar relacionadas con hábitos de higiene oral, factores biológicos y acceso a servicios odontológicos. Asimismo, la variabilidad según el sexo podría indicar diferencias en el comportamiento de autocuidado o en la exposición a factores de riesgo. Identificar estos patrones permite orientar políticas de salud bucal dirigidas a los grupos más vulnerables, optimizando los recursos disponibles y mejorando la atención odontológica (7,8).

El presente estudio tiene como objetivo analizar la distribución de la gingivitis aguda y crónica en Cochabamba según grupo etario y sexo, con el fin de identificar patrones epidemiológicos y posibles factores de riesgo asociados.

Metodología.

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal utilizando los datos del Consolidado de Morbilidad 2023 del departamento de Cochabamba. Se analizaron los casos de gingivitis aguda y crónica registrados en la base de datos, segmentados según grupo etario y sexo. La fuente de información correspondió a registros clínicos oficiales que documentan la incidencia de diversas patologías en la población.

Para evaluar la distribución de la gingivitis por edad y sexo, así como su clasifica-

ción en aguda y crónica, se emplearon métodos estadísticos adecuados. Se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado de independencia para determinar la existencia de una asociación significativa entre el sexo y el tipo de gingivitis, asumiendo como hipótesis nula la ausencia de relación entre ambas variables. Asimismo, se utilizó la prueba de diferencia de proporciones para comparar la prevalencia de la enfermedad entre hombres y mujeres.

El estudio se desarrolló bajo estrictos principios éticos. Los datos utilizados fueron anonimizados y obtenidos de registros oficiales, garantizando la confidencialidad de los pacientes y cumpliendo con las normativas de investigación en salud pública. Dado que se trata de un análisis basado en datos secundarios, no fue necesario el consentimiento informado de los pacientes.

Resultados.

De un total de 6,210 casos analizados, 3,666 (59.03 %) correspondieron a gingivitis aguda, mientras que 2,544 (40.97 %) fueron diagnosticados con gingivitis crónica. La distribución detallada de los casos según grupo etario y sexo se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los casos de gingivitis aguda y crónica según grupo etario y sexo.

Grupo etario	Gingivitis aguda						Gingivitis crónica					
	Femenino		Masculino		total		Femenino		Masculino		total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor 6 meses	4	0,1	5	0,1	9	0,2	0		1	0	1	0
6 meses a < 1 año	11	0,3	32	0,9	43	1,2	1	0	4	0,2	5	0,2
1 a 4 años	159	4,3	141	3,8	300	8,2	14	0,6	14	0,6	28	1,1
5 a 9 años	121	3,3	118	3,2	239	6,5	25	1	24	0,9	49	1,9
10 a 14 años	172	4,7	109	3	281	7,7	91	3,6	77	3	168	6,6
15 a 19 años	286	7,8	186	5,1	472	12,9	209	8,2	143	5,6	352	13,8
20 a 39 años	1032	28,2	437	11,9	1469	40,1	950	37,3	321	12,6	1271	50
40 a 49 años	253	6,9	110	3	363	9,9	207	8,1	74	2,9	281	11
50 a 59 años	132	3,6	85	2,3	217	5,9	113	4,4	69	2,7	182	7,2
60 y mas años	137	3,7	136	3,7	273	7,4	103	4	104	4,1	207	8,1
total	2307	62,9	1359	37,1	3666	100	1713	67,3	831	32,7	2544	100

Fuente: Elaboración propia.

Se llevaron a cabo análisis estadísticos adicionales para evaluar la relación entre el sexo y el tipo de gingivitis. La prueba de Chi-Cuadrado indicó un valor de 12.57 con 1 grado de libertad y un valor p de 0.00039. Asimismo, la prueba de diferencia de proporciones mostró una diferencia del 4.67 % con un valor p de 0.00033. Estos resultados evidencian una asociación significativa entre el sexo y la distribución de la gingivitis.

Discusión.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la gingivitis es una patología altamente prevalente en Cochabamba, con una mayor proporción de casos de gingivitis aguda 59.03 % en comparación con la gingivitis crónica 40.97 %. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos nacionales e internacionales, que han identificado una alta incidencia de gingivitis en poblaciones con acceso limitado a servicios de salud bucal y con prácticas deficientes de higiene oral (5,9).

En comparación con investigaciones similares en Latinoamérica, la prevalencia de

gingivitis aguda y crónica observada en Cochabamba es semejante a la reportada en estudios epidemiológicos en Brasil y México, donde la enfermedad periodontal es un problema de salud pública significativo. Sin embargo, se observan diferencias en la distribución etaria y de género en relación con estos estudios, lo que podría estar influenciado por factores sociodemográficos y culturales específicos de la región (10,11).

La distribución de la gingivitis por edad muestra una mayor prevalencia en adultos jóvenes de 20 a 39 años, con un 40.1 % de los casos de gingivitis aguda y un 50.0 % de los casos de gingivitis crónica. Esta tendencia podría estar relacionada con un menor acceso a controles odontológicos regulares en este grupo etario, así como con hábitos de higiene bucal inadecuados y estilos de vida poco saludables (12).

Además, se identificó una distribución diferenciada por sexo, con una mayor proporción de casos de gingivitis crónica en mujeres, un 67.3 % en comparación con hombres, el 32.7 %. La prueba de Chi-Cuadrado mostró una asociación significativa entre el sexo y la distribución de la gingivitis ($X^2=12.57$, $p=0.00039$), al igual que la prueba de diferencia de proporciones 4.67 %, $p=0.00033$). Estas diferencias podrían explicarse por factores hormonales en mujeres, así como por una mayor tendencia a la búsqueda de atención odontológica en comparación con los hombres (13).

Los resultados de este estudio resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de la gingivitis en Cochabamba, con énfasis en los grupos de mayor riesgo identificados. Programas educativos dirigidos a mejorar los hábitos de higiene bucal, así como el acceso a controles odontológicos periódicos, son fundamentales para reducir la carga de esta enfermedad (14,15).

Además, la alta prevalencia de gingivitis en adultos jóvenes sugiere la importancia de campañas de concienciación en espacios laborales y académicos, fomentando la adopción de medidas preventivas en la población activa. Asimismo, la identificación de diferencias según el sexo subraya la necesidad de diseñar estrategias de prevención adaptadas a las particularidades de cada grupo (5,16).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la falta de información sobre factores individuales de riesgo, como hábitos de higiene oral, dieta y acceso a servicios odontológicos, lo que impide un análisis más detallado de las causas subyacentes de la enfermedad. Además, al tratarse de un estudio transversal basado en datos secundarios, no es posible establecer relaciones causales entre las variables analizadas.

Otra limitación es la posible subestimación de casos de gingivitis, debido a la dependencia de registros clínicos que podrían no reflejar la totalidad de los casos en la población. Sin embargo, los hallazgos obtenidos proporcionan información valiosa para el diseño de estrategias de salud pública enfocadas en la prevención y manejo de la gingivitis.

En conclusión, el presente estudio demuestra que la gingivitis es una enfermedad altamente prevalente en Cochabamba, con una mayor incidencia de gingivitis aguda en comparación con la gingivitis crónica. Se identificó una distribución diferencial según la edad y el sexo, con una mayor prevalencia en adultos jóvenes y en mujeres. La asociación significativa entre el sexo y la distribución de la enfermedad sugiere la

necesidad de estrategias de intervención diferenciadas.

Estos resultados destacan la importancia de implementar programas de prevención y educación en salud bucal, así como el acceso equitativo a la atención odontológica. Futuras investigaciones podrían enfocarse en la identificación de factores de riesgo específicos y en la evaluación de estrategias de intervención para reducir la carga de la gingivitis en la población.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento.

El estudio fue autofinanciado.

Contribución de los autores.

El aporte de los autores fue equitativo.

Aceptación.

Este artículo fue aprobado por el Editor de la revista.

Referencias bibliográficas.

1. Navas P R, Rojas de Morales T, Zambrano O, Álvarez CJ, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Interciencia* [Internet]. noviembre de 2002 [citado 5 de junio de 2024];27(11):631-4. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0378-18442002001100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Av En Periodoncia E Implantol Oral* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 29 de julio de 2024];17(3):147-56. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-65852005000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av En Periodoncia E Implantol Oral* [Internet]. abril de 2008 [citado 5 de junio de 2024];20(1):11-25. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-65852008000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. González Sanz ÁM, González Nieto BA, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr Hosp* [Internet]. julio de 2013 [citado 15 de junio de 2024];28:64-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112013001000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006

6. Palacios-Sánchez B, Cerero-Lapiedra R, Campo-Trapero J, Esparza-Gómez GC. Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. RCOE [Internet]. febrero de 2006 [citado 5 de junio de 2024];11(1):43-55. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1138-123X2006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Doncel Pérez C, Vidal Lima M, del Valle Portilla M del C. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev Cuba Med Mil [Internet]. marzo de 2011 [citado 5 de junio de 2024];40(1):40-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572011000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Castro-Yero JL de, Torrecilla-Venegas R, Yero-Mier IM, Castro-Gutiérrez I, Muro-Rojas L. Caracterización de la gingivitis crónica en la población adolescente. Univ Médica Pinareña [Internet]. 2021 [citado 5 de junio de 2024];17(1):1-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638266620007/html/>
9. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100003
10. En México, la enfermedad periodontal tiene una prevalencia de 70 por ciento [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_476.html
11. Duque A. Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. agosto de 2016 [citado 5 de junio de 2024];9(2):208-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-01072016000200020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. O'Farrill MM, González AM, Ramos IT, Ullauri VGL. Enfermedades gingivales en la población de 19 a 34 años. Anatomía Digit [Internet]. 20 de abril de 2024 [citado 5 de junio de 2024];7(2):78-110. Disponible en: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/3002>
13. Fonseca M de los AL, Vargas DB, Rodríguez MÁL, Alvarez AC. Gingivitis crónica: asociación con sexo, higiene bucal y depresión. Rev Científica Estud 2 Diciembre [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 5 de junio de 2024];5(2):313. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/313>
14. Callay BRG, Pino Larrea JF, Callay BRG, Pino Larrea JF. Nivel de conocimiento sobre higiene bucal, Unidad Educativa "Pablo Palacio", Guayas durante la pandemia COVID-19. Vive Rev Salud [Internet]. abril de 2022 [citado 5 de junio de 2024];5(13):191-200. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2664-32432022000100191&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. agosto de 2016 [citado 5 de junio de 2024];9(2):193-202. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-01072016000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el

desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. agosto de 2016 [citado 5 de junio de 2024];9(2):177-83. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-01072016000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Desafíos y estrategias para mejorar la salud bucal en la región de las Américas.

 Angélica Baldiviezo Mier

Estimado Editor:

Nos dirigimos a usted para someter a consideración nuestra carta en relación con el informe titulado *Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030. Regional Summary of the Region of the Americas* (1), publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2023. Este informe resalta la creciente carga de las enfermedades bucales en la región de las Américas y la necesidad de estrategias efectivas para abordarlas dentro del marco de la cobertura universal de salud (CUS). En particular, se enfatiza que, a pesar de ser en su mayoría prevenibles, las enfermedades bucales continúan representando un problema significativo de salud pública, afectando aproximadamente al 46 % de la población. Además, se destaca su interconexión con otras enfermedades no transmisibles y la carga económica que suponen para los sistemas de salud.

Consideramos que este informe ofrece un análisis detallado sobre la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal grave, edentulismo y cáncer oral, así como sobre las desigualdades en el acceso a la atención odontológica. Nos preocupa, en particular, la persistencia de inequidades en la distribución de recursos para la salud bucodental en países de ingresos bajos y medianos, donde la mayor carga de enfermedad recae en poblaciones vulnerables. El informe subraya que las disparidades en el acceso a los servicios odontológicos son alarmantes, y que muchas personas dependen de la atención privada, lo que profundiza las desigualdades y limita la implementación de intervenciones preventivas oportunas.

Es fundamental fortalecer la gobernanza en salud bucal mediante la implementación de políticas nacionales alineadas con la Estrategia Global de Salud Bucodental de la OMS. Los países de la región deben adoptar medidas concretas para reducir las barreras económicas y geográficas que dificultan el acceso equitativo a la atención bucodental. Asimismo, se requiere mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios odontológicos en el primer nivel de atención, incorporando estrategias preventivas costoefectivas, como la fluoración del agua y el acceso a pastas dentales fluoradas. Además, es crucial fortalecer la educación en salud bucal desde edades tempranas, promoviendo hábitos saludables que reduzcan el impacto de las enfermedades orales a lo largo de la vida.

Adicionalmente, consideramos indispensable integrar la salud bucal dentro del enfoque de enfermedades no transmisibles,

Correspondencia a:

Servicio Departamental de Salud Cochabamba "SE-DES".
Coordinadora Subunidad Gestión salud oral.
Cochabamba - Bolivia.

Email de contacto:

anba.dent@gmail.com

Recibido para publicación:

30 de octubre del 2024

Aceptado para publicación:

29 de diciembre del 2024

Citar como:

Baldiviezo Mier A. Desafíos y estrategias para mejorar la salud bucal en la región de las Américas. *Recio*. 2024;3(2):39-40.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

dado que comparte factores de riesgo con patologías crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Para ello, es necesario desarrollar programas intersectoriales e invertir en la formación de profesionales de la salud con un enfoque integral en salud oral. Es imperativo que los sistemas de salud adopten un modelo holístico que permita el diagnóstico temprano y la atención oportuna de las enfermedades bucales dentro de la atención primaria.

Finalmente, exhortamos a la comunidad científica y a los tomadores de decisiones a priorizar la inclusión de la salud bucal en las políticas de CUS, promoviendo la equidad y la atención basada en la evidencia para lograr un impacto positivo en la salud de las poblaciones más desfavorecidas. La incorporación de la salud bucal en los planes de acción en salud pública contribuirá a mejorar la calidad de vida de millones de personas en la región y a reducir la carga económica que estas enfermedades representan para los sistemas de salud.

Atentamente.

Referencias bibliográficas.

1. OPS presenta Informe Regional de la OMS/OPS sobre el Estado de la Salud Oral - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 7 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2023-ops-presenta-informe-regional-omsops-sobre-estado-salud-oral>