

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD BUCAL EN CHILE

Subsecretaría de Salud Pública
División Prevención y Control de Enfermedades
Departamento Salud Bucal



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD BUCAL EN CHILE

**Departamento de Salud Bucal
División de Prevención y Control de Enfermedades
Ministerio de Salud**

Diciembre 2010

ANÁLISIS DE SITUACIÓN SALUD BUCAL

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y el costo de su tratamiento¹.

Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad.

Prevalencia y severidad de la Patología Bucal en Chile

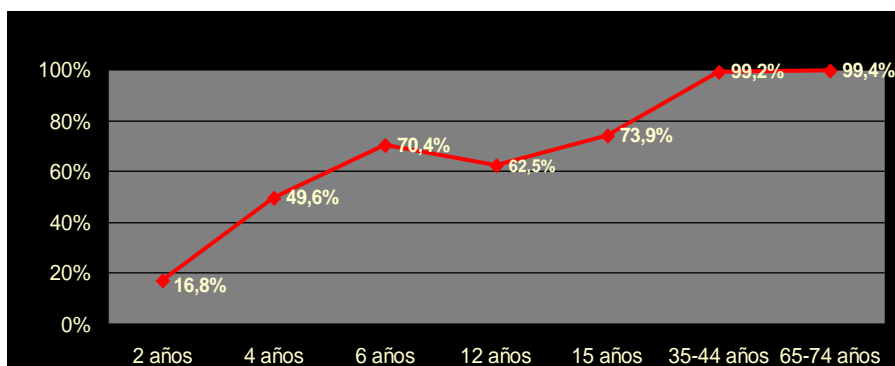
Las encuestas han mostrado que se han producido importantes cambios en la salud bucal de la población, como resultado de las modificaciones en las tendencias de la morbilidad y de las nuevas técnicas terapéuticas, así como de los cambios en la estructura de la población. Sin embargo, al interior de los países hay diferencias importantes en términos de prevalencia, tanto entre regiones y ciudades, como entre los diferentes niveles socio-económicos.

Para la vigilancia de la patología bucal la OMS propone las siguientes edades: 5 ó 6 años, 12 años (edad de vigilancia internacional de la caries), 15 años, 35 a 44 años y 65 a 74 años².

Caries dental

La caries dental se considera dentro del grupo de enfermedades crónicas que son complejas o multifactoriales desde una perspectiva de causalidad, de manera similar a otras enfermedades como cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas^{3,4}. Esta enfermedad se manifiesta con lesiones cariosas en los dientes, las que son reversibles antes que se produzca la cavitación.

Prevalencia de caries en Chile ^(5, 6, 7, 8, 9)



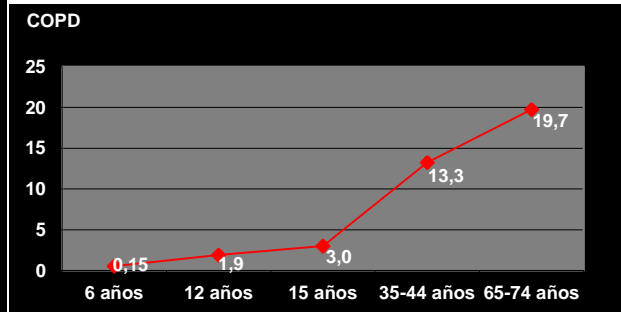
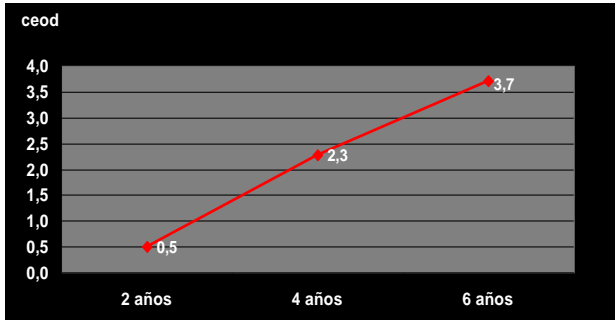
La prevalencia de la caries va desde 16,8% a los 2 años hasta casi el 100% en la población adulta.

Severidad de la caries en Chile

La severidad de la caries dental, medida a través del número de dientes afectados por caries aumenta con la edad, tanto en dentición temporal (ceod) como en dentición definitiva (COPD).

Daño por Caries en dentición temporal (5, 6, 7)

Daño por caries en dentición definitiva (7, 8, 9)



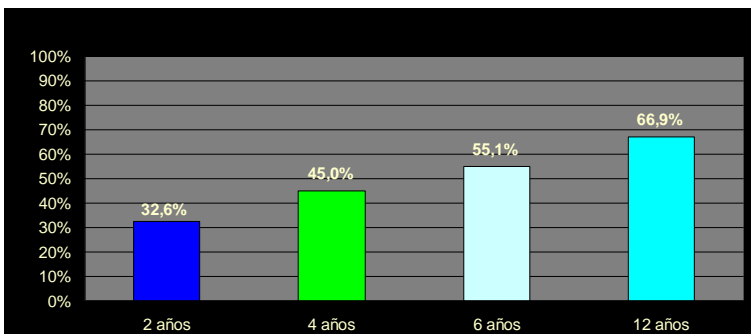
ceod: número de **dientes temporales** cariados, obturados y perdidos por caries.

COPD: número de **dientes permanentes** cariados, obturados y perdidos por caries.

Enfermedad gingival

La gingivitis es la inflamación de las encías cuya causa principal es la placa bacteriana.

Prevalencia de gingivitis en niños y adolescentes de Chile (6, 7, 8)



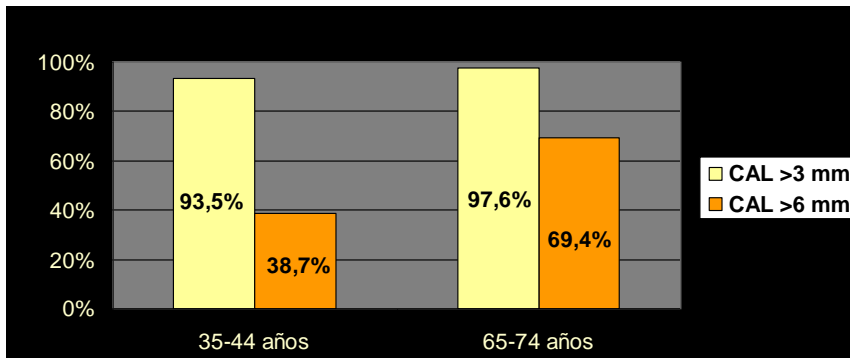
Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal es una enfermedad infecciosa cuyas características clínicas incluyen la pérdida de inserción, pérdida de hueso alveolar, sacos periodontales y la inflamación gingival, todo lo cual sin el tratamiento apropiado pueden finalmente conducir a la pérdida de dientes¹⁰.

Esta enfermedad comienza a manifestarse desde la adolescencia mostrando su máxima expresión en la edad adulta. El indicador más aceptado para medir enfermedad periodontal es la pérdida de inserción clínica (clinical attachment loss: CAL).

Según los resultados de un estudio nacional realizado recientemente en población adulta se observa una alta prevalencia de individuos con pérdida de inserción clínica mayor a 3 mm, en al menos uno de los dientes examinados. Las pérdidas de inserción mayores a 6 mm, en al menos uno de los dientes examinados, fueron del 39% y 69% para los grupos de 35-44 años y 65-74 años respectivamente.

Prevalencia de enfermedad periodontal en población adulta chilena ⁽¹¹⁾

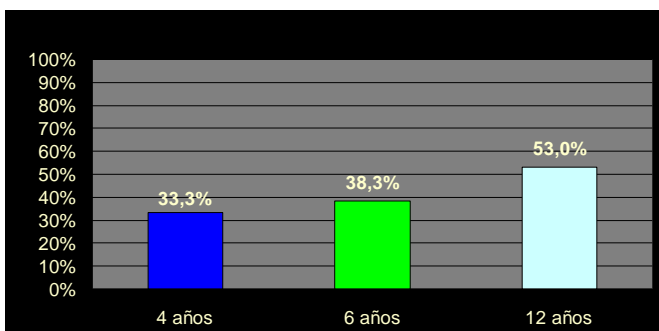


Anomalías Dentomaxilares (ADM)

Alteración o pérdida de la normalidad anatómica y/o funcional que afecta la relación armónica dentomaxilar y/o esquelética de la cavidad bucal.

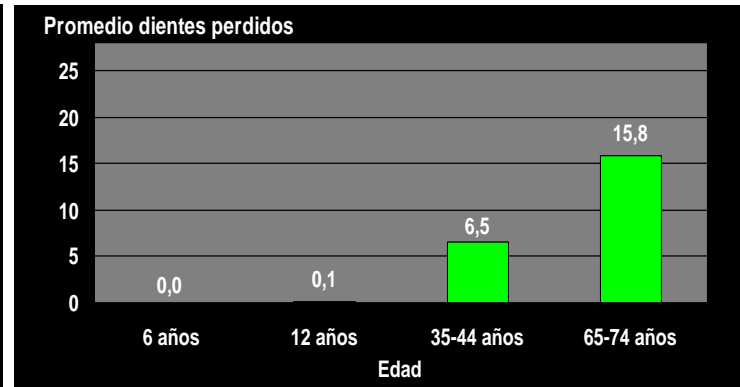
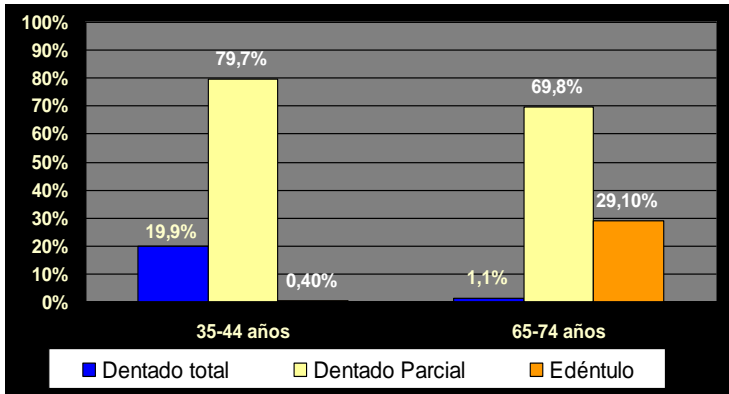
Entre los factores de riesgos asociados a anomalías dentomaxilares (ADM), se señalan la herencia, falta de crecimiento de uno o ambos maxilares, anomalías de número y tamaño de dientes, pérdida prematura de dientes temporales, caries interproximales, malos hábitos de succión y respiración bucal, entre otros.

Prevalencia de ADM en niños y adolescentes. Chile ^(5, 6, 7, 8)



Desdentamiento

Las principales causas de las pérdidas de dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo más relevante la caries dental, especialmente en la gente más joven.⁽¹²⁾ En el grupo de adultos de 35-44 años un 20% conserva su dentadura completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años ⁽¹³⁾. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8. ^(7,8,1111)

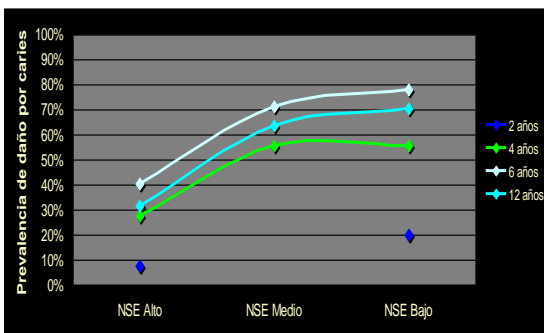


Factores de Riesgo Patologías Bucales

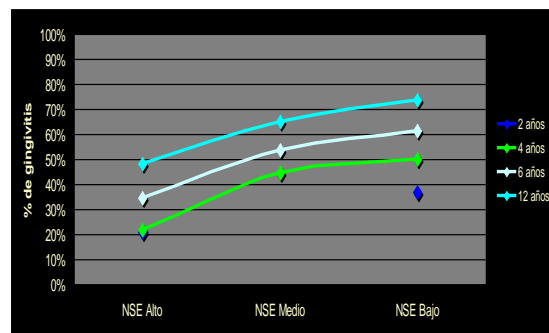
Algunos factores de riesgo de las patologías bucales son comunes a los de las patologías crónicas siendo determinante el nivel socioeconómico, en desmedro de los niveles más bajos.

Se observan importantes inequidades en Salud Bucal, existiendo un importante desafío para disminuir la brecha existente entre niveles socioeconómicos.

Prevalencia de daño por caries según edad y NSE



Prevalencia de gingivitis según edad y NSE



Otros factores de riesgo comunes entre la patología bucal y las otras patologías crónicas destacan la alimentación poco saludable y el tabaco ^(1,14).

La alimentación rica en azúcares refinadas es un factor asociado a la caries dental y el tabaco se asocia fuertemente a la enfermedad periodontal. Otro factor relevante es la higiene bucal que tiene una fuerte asociación con ambas patologías ⁽¹⁴⁾. Estos tres factores de riesgo están relacionados con hábitos y, por lo tanto, es importante trabajarlos tempranamente en la vida.

Un factor protector relevante en relación a la caries dentaria, tiene que ver con el uso adecuado a fluoruros, para permitir mantener una sobresaturación significativa y permanente en la saliva y/o biofilm dental, lo que asegura un control en la disolución del esmalte ⁽¹⁵⁾. Se reconocen 3 mecanismos principales que explican la acción cariostática de los fluoruros: interferir en la disolución del esmalte; favorecer la remineralización e interferir en el metabolismo y desarrollo bacteriano. ⁽¹⁵⁾

Relación entre Salud Bucal y Salud General

La interrelación entre la Salud Bucal y la Salud General se demuestra de manera creciente mediante evidencia científica. La cavidad bucal es el primer lugar donde pueden diagnosticarse enfermedades como por ejemplo, deficiencia de vitamina B-12, cáncer oral, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos de HIV ⁽¹⁶⁾.

La boca es un lugar con millones de microorganismos e infecciones oportunistas, que pueden afectar varios órganos. La enfermedad bucal ha sido relacionada con enfermedades cardiovasculares, diabetes, y resultados obstétricos adversos ⁽¹⁶⁾.

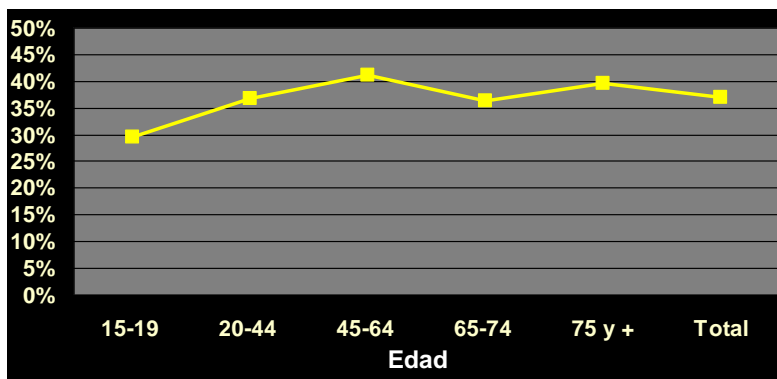
Carga de las Enfermedades bucales en la población chilena ⁽¹⁷⁾

Las condiciones orales representan el 1,4% de la carga de enfermedad medida a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA). Dentro de las condiciones orales, la mayor carga está dada por la caries dental en los menores de 45 años y por el edentulismo en los de 45 años y más. La carga es mayor en mujeres que en hombres, al considerar todas las edades. Esta diferencia es especialmente importante en el grupo de 45 a 59 años donde el edentulismo es la 3º causa de AVISA en las mujeres y la carga, por esta causa específica, es 2,8 veces mayor en las mujeres que en los hombres.

Salud Bucal y Calidad de Vida ⁽¹⁸⁾

La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. Un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 se ven más afectados que los más jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor.

Proporción de mayores de 15 que declara que su Salud Bucal les afecta la calidad de vida siempre o casi siempre. Encuesta Calidad de Vida 2006.



Priorización Social ^(19, 20)

La Salud Bucal es un tema que continuamente ha sido priorizado por la población, posiblemente por los cambios socioeconómicos y culturales producidos en el país.

Los resultados de los foros de Salud realizados el 2009 ⁽¹⁹⁾, muestran la solicitud al Ministerio de Hacienda para que destine recursos a mejorar la cobertura en la atención dental en todo el país. Así mismo, en el Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud señala que la salud dental es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público. También es importante señalar que a este criterio se agrega el hecho que la salud dental es uno de los ámbitos en que las personas tienen mayores problemas de acceso, alto costo y oportunidad, expresado sobretodo en los grupos de sectores medios profesionales afiliados y no afiliados a ISAPRES ⁽²⁰⁾. La importancia de la salud bucal se vincula a la integración laboral ⁽²⁰⁾. Es necesario evitar que los problemas de salud bucal sean una barrera para que población acceda al trabajo y sea un factor más de riesgo de permanecer o caer en la pobreza

Priorización frente a otros temas

La Salud Bucal fue priorizada en los Objetivos Sanitarios de la década 2000 – 2010, proponiéndose 2 objetivos de impacto en esta materia. Uno en relación a la disminución de la caries en menores de 20 años, el que fue logrado, y otro tendiente a aumentar la cobertura de la atención odontológica en los menores de 20 años, que no se cumplió²¹.

También se ha priorizado la Salud Bucal en las Garantías Explícitas en Salud incluyéndose las siguientes:

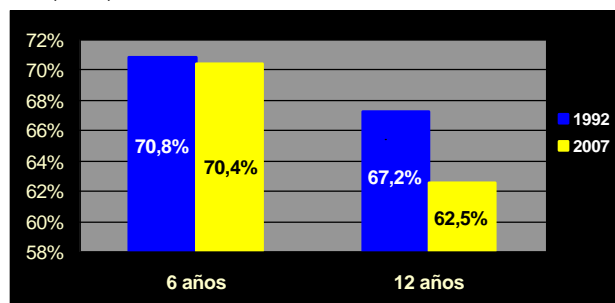
- Salud Oral Integral para niños de 6 años
- Salud Oral Integral de la embarazada
- Salud Oral Integral del adulto de 60 años
- Urgencia Odontológica Ambulatoria
- Fisura labiopalatina

Tendencias de la enfermedad

La caries dental en la patología bucal que produce mayor carga de enfermedad, por lo tanto, es importante mirar la tendencia de esta patología en los últimos años.

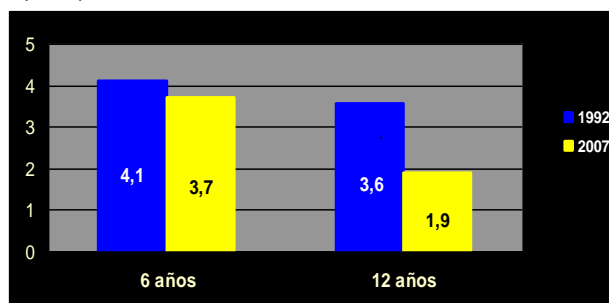
Prevalencia de caries según edad. Chile 1992-2007

(7, 8, 22)

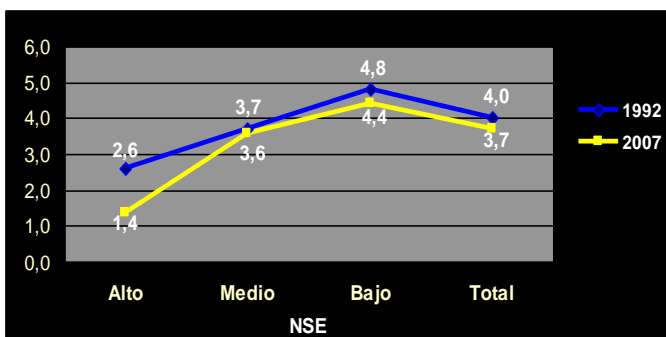


Daño por caries según edad. Chile 1992-2007

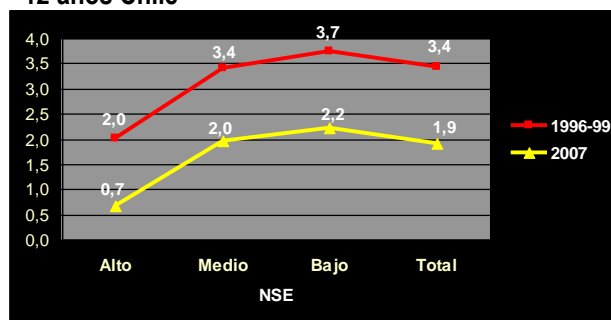
(7, 8, 22)



Tendencia ceod (dentición temporal). 6 años Chile (7, 8, 22)



Tendencia COPD (dentición permanente) 12 años Chile (7, 8, 23, 24, 25)



La caries dental ha disminuido su severidad en el último tiempo, sin embargo, aún representa una importante carga de enfermedad para la población chilena, por lo tanto, es necesario mantener un objetivo estratégico que apunte a reducir el incremento de esta patología a lo largo de ciclo vital y las diferencias existentes entre los niveles socioeconómicos.

El gran daño que tienen los adultos actualmente implica tratamientos complejos y costosos, que si no cambian las condiciones que llevan a enfermar, son poco efectivos, ya que la patología se presenta nuevamente.

Desde el punto de vista sanitario, es necesario realizar intervenciones desde la infancia, que conduzcan a la instalación de hábitos saludables y a un adecuado acceso a los fluoruros, ofreciendo un mayor número de prestaciones de tipo preventivo, evitando que los individuos se enfermen. De esta manera se logrará, en el mediano y largo plazo, tener una población adulta con mejor salud bucal y calidad de vida.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2011-2020

Objetivo estratégico: Prevenir y reducir la Morbilidad Bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.

Indicador A: % de Niños de 6 años sin historia de caries. (índices ceod y COPD=0).

$$\frac{\text{Número de niños de 6 años sin historia de caries} * 100}{\text{Total de Población de niños de 6 años}}$$
 (Obtenido de estudio)

Meta A: Aumentar en un 35% los niños de 6 años libres de caries (pasar de 29,6% a 40%).

Indicador B: Disminuir el daño por caries en los adolescentes de 12 años de NSE bajo. (Estudiantes de colegios municipales)

Índice COPD 12 años NSE bajo. (Obtenido de estudio)

Meta B: Disminuir el COPD en un 15% (pasar de 2,2 a 1,9).

Referencias Bibliográficas

- ¹ Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization September 2005, 83 (9)
- ² Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Cuarta edición. Ginebra: OMS; 1997.
- ³ Fejerskov O. An epidemiological approach to dental caries. En: Thylstrup A, Fejerskov O, editores. Textbook of clinical cariology. 2a ed. Copenhagen: Munksgaard; 1994.p. 159-91
- ⁴ Saunders R, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. Dent Clin N A 2005;49(2):293-308
- ⁵ MINSAL, Ceballos M, Acevedo C y col. Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar en la Región Metropolitana. Chile, 2007.
- ⁶ MINSAL, Soto L, Jara G y col. Diagnóstico en Salud Bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona norte y centro del país. Chile, 2009.
- ⁷ MINSAL, Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007.
- ⁸ Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile 2007.
- ⁹ Badenier O, Moya R, Cueto A et al. Prevalencia de las Enfermedades Buco dentales y necesidades de tratamiento en la V Región. Proyecto FONIS 2007.
- ¹⁰ The American Academy of Periodontology. Diagnosis of Periodontal Diseases. J Periodontol 2003;74:1237-1247.
- ¹¹ Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol 2010; 81(10):1403 – 1410.
- ¹² Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral 2009;2(3):161-166.
- ¹³ MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2003.
- ¹⁴ Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health. World Health Assembly 2007. Int Dent J 2008; 58:115-21.
- ¹⁵ Gomez. S. y col. Fluoroterapia en Odontología. Fundamentos y Aplicaciones Clínicas. 4ª Edición. Chile 2010.
- ¹⁶ Estupiñán-Day,S. Improving Oral Health in Latin America. Oral Care Report. Harvard 1999; 9(3).
- ¹⁷ MINSAL. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007.
- ¹⁸ MINSAL. II Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006.
- ¹⁹ MINSAL. Foros de Salud: Desafíos y propuestas ciudadanas “Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas al 2020”. Chile 2010.
- ²⁰ MINSAL: Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud. Chile 2008.
- ²¹ MINSAL. Los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación de final de periodo. Chile 2010.
- ²² Mella S. y col. Morbilidad bucal y necesidades de Tratamiento en niños de 6 y 12 años de Chile. Facultad de Odontología, Universidad de Chile 1992.
- ²³ Urbina T; Caro J.C.; Vicent M.; Caries Dentaria y Fluorosis en niños de 6 a 8 y 12 años, de la II, VI, VIII, IX, X, y Región Metropolitana. Chile. Minsal 1996.

²⁴ Urbina T; Caro J.C.; Vicent M.; Caries Dentaria y Fluorosis en niños de 6 a 8 y 12 años, de la I, III, IV, VII, XI y, XII. Regiones. Chile. Minsal 1997.

²⁵ Urbina T; Caro J.C.; Vicent M.; Caries Dentaria y Fluorosis en niños de 6 a 8 y 12años, de la V región, Chile. Minsal 1999.