La salud oral en la dentición primaria: (y III) Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de la conducta en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo

Iglesias Parada IM*

RESUMEN

El propósito de este estudio dividido en tres partes, es valorar la salud oral en los niños de Vigo con dentición primaria. En esta tercera y última parte, se estudian las prevalencias de los daños por traumatismos dentales, de las patologías orales y de los problemas en el manejo de la conducta de estos niños en la consulta dental. MUESTRA: 441 niños entre los 14 y 92 meses de edad (edad media 59,6 meses), todos ellos presentan al inicio del estudio dentición primaria. RESULTADOS: el 18,82% de la muestra presenta algún tipo de lesión como consecuencia de traumatismos dentales. Del total de patologías, la patología infecciosa secundaria a la caries dental representa el 40,7% y la exfoliación tardía del diente temporal constituye el 39,8%. Se encuentra una prevalencia de problemas de manejo de la conducta en el 11,3% de los niños. CONCLUSIÓN: Los traumatismos dentales se dan fundamentalmente en los incisivos centrales superiores, la consecuencia más común es el cambio de color del diente. Aproximadamente 1 de cada 10 niños presenta una infección oral como consecuencia de la caries dental. Parece que los niños con conductas de evitación y problemas en el manejo de la conducta con el dentista presentan una salud oral peor.

Palabras Clave: Epidemiología. Dentición primaria. Traumatismo dental. Patología oral. Problemas en el manejo de conducta. Prevalencia.

ABSTRACT

The purpose of this three-part research is to evaluate the oral health of children from Vigo with temporary dentition. In this third and last part, prevalences of damages because of dental traumatismos, of oral pathologies and of problems with handling of behaviour of those children at the dental clinic are studied. Sample: 441 children, aged between fourteen and ninety-two months (average age: 59.6 months), all of them with milk teeth at the beginning of the research. Results: The 18,82 percent of the sample show some kind of injury as a consequence of dental traumatismos. The infectious secondary pathology to dental caries represents the 40,7 per cent of the total of pathologies, and belated missing of temporary tooth represents the 38,9 per cent. The prevalence of problems with handling of behaviour of children is 11,3%. Conclusion: Dental traumatismos happen mainly in central higher incisors, the most frequent consequence is the change of the color of the tooth. Approximately, one of each ten children shows an oral infection as a consequence of dental caries. It seems that children with avoiding behaviours and problems with handling of behaviour show a worse oral health.

Key Words: Epidemiology, Temporary dentition, Dental Traumatism, Oral Pathology, Problems with Handling of Behaviour, Prevalence.

* Estomatólogo interino del SERGAS. Centro de Atención Primaria de Coia. Unidad de Salud Bucodental. Vigo.

Iglesias Parada IM. La salud oral en la dentición primaria: (y III) Estudio sobre los traumatismos dentales, las patologías orales y los problemas en el manejo de la conducta en la consulta dental en una muestra de 441 niños de Vigo. *Av. Odontoestomatol* 2003; 19-2: 95-104.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes infantiles son un problema importante de salud pública. En España causan una elevada morbimortalidad en la infancia precoz (1). Los traumatismos tienen un lugar destacado entre estos accidentes. En el caso que nos ocupa, los traumatismos dentales no influyen en la mortalidad, si lo hacen en la morbilidad de la dentición primaria y de la permanente. Para Andreasen y Ravn, cerca de un 30% de niños menores de 7 años han sufrido un traumatismo dental en algún momento de su vida (2).

A estas edades, la patología oral más común es la infección por procesos de mortificación pulpar. Sin embargo, sólo alrededor del 1% de los padres lo señalan como un problema en la salud oral en sus hijos menores de seis años (3). En estas edades y debido a ciertas características anatómicas, son bastante frecuentes las infecciones de las vías respiratorias superiores. Los antibióticos empleados en estos procesos son, asimismo, adecuados en las infecciones orales (4). Esto puede enmascarar la infección oral de origen pulpar.

Estas circunstancias, enumeradas arriba, son una razón suficiente para concertar una visita al dentista. En esta etapa de la dentición, la práctica odontológica se ve influenciada por la competencia del profesional y al mismo tiempo por la habilidad para lograr la colaboración del niño (5). Esto es substancial a la rutina diaria. La atención odontológica provoca ansiedad y la infancia se considera crucial en la génesis de esta ansiedad. Sin embargo, el conocimiento de su prevalencia en las diferentes etapas de la vida es pequeño (6), lo mismo ocurre con la prevalencia de los problemas de manejo de la conducta en la consulta.

La sanidad pública, en estas edades, se ocupa de realizar programas preventivos y de tratar las patologías médico-quirúrgicas que afectan a la cavidad oral. No realiza odontología restauradora. En esta última parte del estudio, se pretende conocer las prevalencias de los daños dentales derivados de los traumatismos, de las patologías orales y de los problemas en el manejo de la conducta de los niños ante el estrés que provoca la consulta dental.

METODOLOGÍA

Características técnicas:

- Universo: Población de niños de Vigo con dentición primaria.
- Muestra: Entre Marzo de 1998 y Diciembre de 2001, la Unidad de Salud Bucodental-1 del Centro de Atención Primaria de Coia (Sergas) atendió a 441 niños, de 14 a 92 meses de edad. Sólo se incluyeron los niños que presentaron dentición temporal en el momento de abrir la historia clínica.
- Selección de la muestra: El muestreo fue no probabilístico (7).
- Error de muestreo: La precisión es de $\pm 3,7\%$ para una seguridad del 95% con relación a los daños por traumatismos dentales ($p = 0,2$). La precisión es de $\pm 2,8\%$ con una seguridad del 95% para los problemas de manejo de conducta ($p = 0,1$). La precisión para la patología oral no se calculó porque es complicado conocer la prevalencia de estos procesos en estas edades (8).

TABLA 1.- ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LOS TIPOS Y COMBINACIONES DE DAÑOS DENTALES EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

TIPO DE DAÑOS		MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194
Arcada superior				
I. Sencillos	Un solo diente			
	- Avulsión del incisivo central	6	4	2
	- Avulsión del incisivo lateral	1	0	1
	- Fractura de la corona del incisivo central			
	1- esmalte	7	4	3
	2- esmalte / dentina	7	4	3
	- Fractura de la corona del incisivo lateral			
	1- esmalte / dentina	1	0	1
	- Intrusión del incisivo central	2	1	1
	- Alteración color del incisivo central	38	22	16
II. Complejos	Varios dientes			
	- Avulsión de los incisivos centrales	1	1	0
	- Avulsión incisivo central / Alter. color incisivo central	1	1	0
	- Avulsión incisivo central / Alter. color incisivo lateral	1	1	0
	- Avulsión incisivo lateral / Alter. color incisivo central	1	1	0
	- Fractura de las coronas de los incisivos centrales			
	1- esmalte	1	0	1
	2- esmalte e intrusión	1	1	0
	3- esmalte y alteración color	2	1	1
	4- esmalte / dentina y alteración color	2	0	2
	- Fractura de la corona del incisivo lateral			
	1- esmalte y necrosis del incisivo central	1	0	1
	- Alteración color de los incisivos centrales	6	4	2
	- Alteración color del incisivo central y del lateral	1	0	1
Arcada inferior				
I. Sencillos	Un solo diente			
	- Fractura de la corona del incisivo central			
	1- esmalte / dentina	1	1	0
Ambas arcadas				
II. Complejos	Varios dientes			
	- Fractura de las coronas de los incisivos centrales			
	1- esmalte	1	1	0
	- Alteración color de los incisivos centrales	1	0	1
TOTAL		83	47	36

- Recogida de datos: Se realiza una entrevista estructurada a la madre o acompañante. A los niños se les explora en un sillón dental con luz artificial.

- Estudio: Restrospectivo transversal.

Definición de las variables:

Los criterios empleados para valorar la caries dental, la higiene oral, la maloclusión con su severidad y las pautas de alimentación de la primera infancia, ya fueron definidos anteriormente. En esta última parte se cuantifican los daños dentales provocados por los traumatismos dentales, las patologías orales y las ausencias o cancelaciones de las citas establecidas.

TABLA 2.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA PREVALENCIA DE LOS DAÑOS DENTALES Y TOTAL DE DIENTES AFECTADOS EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194	P (1)
Sin secuelas	81,20%	81,00%	81,40%	0,9083
Con secuelas	18,80%	19,00%	18,60%	
Dientes:				
Alter. color	62	34	28	
Fracturas	28	15	13	
Avulsiones	12	9	3	
Intrusiones	3	2	1	
TOTAL DIENTES	105	60	45	

1. Prueba de Mann-Whitney: no hay dimorfismo sexual en la prevalencia de los daños dentales por traumatismos.

TABLA 3.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA FRECUENCIA DE LAS LESIONES EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

TIPO DE LESIÓN (1)	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194	P (2)
Cambio de color	54	30	24	0,9429
Fractura corona	24	12	12	0,7093
Avulsión	11	8	3	0,2584
Intrusión	3	2	1	0,5423

1. Lesiones distintas pueden coincidir en un mismo niño.

2. Prueba de Mantel-Haenszel.

El comportamiento del niño frente a la experiencia odontológica se valora en la muestra y en los 168 niños que acudieron dos o más veces a la consulta durante el período del estudio. Se le adjudica uno de los siguientes valores:

- 1: Colaborador.
- 2: No se deja extraer.
- 3: No se deja sellar
- 4: No se deja explorar.

El niño permanece acompañado por la madre o el/los acompañante/s durante toda la consulta. Antes de realizar cualquier maniobra o acto quirúrgico, al niño se le explica en un lenguaje coloquial y adecuado a su edad, siguiendo la técnica de "Decir -

Mostrar - Hacer" (9). El acompañante recibe la información necesaria y se le solicita el consentimiento de forma oral.

Se usa el programa SPSS 6.0 para Windows para procesar los resultados. La significación estadística se obtiene cuando los valores de las pruebas T de Student, de Mann-Whitney, de Mantel-Haenszel y el análisis de la varianza Kruskal-Wallis son $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Los traumatismos dentales pueden provocar lesiones distintas en la estructura del diente y los tejidos vecinos. En el estudio, estas se clasificaron en sencillas, cuando involucró a un solo diente y complejas, si se afectaron varios dientes (Tabla 1).

En la muestra la prevalencia de daños dentales fue del 18,82%. Por sexos, se encontraron afectados el 19,02% de los niños y el 18,5% de las niñas. No se observaron diferencias significativas entre ambos sexos ($p = 0,9083$) (Tabla 2). Distintas lesiones pueden coincidir en un mismo niño. Las lesiones básicas que se encontraron fueron: cambios de coloración del diente, fracturas de diversa severidad de la corona, avulsiones e intrusiones dentales (Tabla 2). La lesión más habitual, con 62 dientes, fue el cambio de color de la corona y a continuación, con 28 dientes, los distintos grados de afectación de la estructura dental. Fueron todavía menos comunes los dientes avulsionados e intruídos. Se apreciaron diferencias claramente significativas en la frecuencia de las lesiones ($p = 0,001$) (Tabla 2).

Apenas se encontraron diferencias entre niños y niñas con relación a las lesiones de cambio de color, a las fracturas de las distintas estructuras de la corona y a las intrusiones. Sin embargo, fueron más frecuentes las avulsiones en los niños que en las niñas. A pesar esto, no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,2584$) (Tabla 3).

Los incisivos centrales superiores fueron los dientes más dañados. Se encontraron diferencias entre

TABLA 4.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA FRECUENCIA DE PIEZAS AFECTADAS POR TRAUMATISMOS EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

DIENTE LESIONADO	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194
Incisivo central superior derecho	42	24	18
Incisivo central superior izquierdo	52	30	22
Incisivo lateral superior derecho	5	2	3
Incisivo lateral superior izquierdo	2	1	1
Incisivo central inferior derecho	2	2	0
Incisivo central inferior izquierdo	2	1	1
TOTAL	105	60	45

Prueba T de Student: $p=0,6710$. No hay diferencias en la media de dientes afectados entre niños y niñas.

TABLA 5.- ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LAS FRECUENCIAS DE LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS ORALES EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

PATOLOGÍAS (1)	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194
Patología infecciosa			
1 - Bacteriana			
Aguda:			
Adenoflemón subordinado	1	0	1
Adenoflemón maseterino	1	0	1
Adenoflemón palatino	1	0	1
Adenoflemón submandibular	3	1	2
Absceso pulpar	7	5	2
Crónica:			
Flemón dental superior	6	3	3
Flemón dental inferior	10	3	7
Fístula dental superior	10	6	4
Fístula dental inferior	3	1	2
Gingivitis marginal	1	1	0
2 - Vírica			
Herpes labial	3	2	1
Verruga en labio	2	1	1
3 - Micótica			
Queilitis por cándida	1	0	1
Patología de la erupción			
Erupción del sucesor sin exfoliar el temporal	41	19	22
Quiste de erupción	6	5	1
Otras patologías			
Estomatitis aftosa recurrente	6	3	3
Bruxismo excéntrico	1	0	1
TOTAL	103	50	53

1. Se dieron casos donde un niño presentó varias patologías en la exploración.

TABLA 6.- ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA PREVALENCIA DE EXTRACCIONES EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

EXODONCIAS	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194	P (1)
Ningún diente	376 (85,3%)	216 (87,4%)	160 (82,5)	0,1439
1 diente	44 (10,0%)	21 (8,5%)	23 (11,9%)	0,2439
2 dientes	16 (3,6%)	8 (3,2%)	8 (4,1%)	0,6222
3 ó más dientes	5 (1,1%)	2 (0,8%)	3 (1,5%)	0,4687

1. Prueba de Mantel-Haenszel: no hay dismorfismo sexual en las exodoncias realizadas.

TABLA 7.- ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA PREVALENCIA DE LAS CAUSAS DE EXODONCIAS EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

CAUSAS DE EXODONCIAS	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194	P (1)
Exfoliación tardía	41	19	22	0,7773
Caries	18	6	12	0,1546
Traumatismo	6	6	0	0,0075
TOTAL	65	31	34	

1. Prueba de Mantel-Haenszel: existe dismorfismo sexual sólo en las extracciones a consecuencia de traumatismos.

ambas arcadas ($p = 0,000$). En esta serie se afectó un poco más el incisivo central superior izquierdo que el derecho, pero careció de significación estadística. En la tabla 4 se muestra la frecuencia de los dientes afectados. El cambio de color del incisivo central superior es la lesión que más se observó.

Al descubrir que estas lesiones afectan más a los incisivos centrales superiores, se planteó la hipótesis sobre la existencia de alguna relación entre estas y las maloclusiones con un resalte exagerado. Para ello se compararon las frecuencias de los daños dentales en esta maloclusión con el resto de maloclusiones e incluso con la oclusión normal. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0346$).

En este estudio, aproximadamente el 40,7% de la patología oral se correspondió con las infecciones por necrosis de la pulpa dental y el 39,8% fueron como consecuencia de la erupción del diente permanente sin exfoliarse el temporal. Se encontró una tendencia al dismorfismo sexual ($p = 0,0557$): se afectaron más niñas que niños. Sin embargo, se observaron más quistes de erupción en los niños que en las niñas. La frecuencia de la estomatitis aftosa recurrente fue casi idéntica en ambos sexos (Tabla 5).

A alrededor del 14,7% de la muestra se le realizó alguna extracción. Se realizaron más extracciones a las niñas que a los niños, pero estas diferencias no fueron significativas ($p = 0,1419$) (Tabla 6). El 63,1% de las extracciones fueron por erupción del permanente sin exfoliarse el temporal. Ni por la exfoliación tardía, ni por la caries se encontraron diferencias en las extracciones entre ambos sexos. Se encontraron diferencias significativas ($p = 0,0075$) como consecuencia de los traumatismos dentales, fueron más frecuentes las extracciones en los niños (Tabla 7). La pieza que se extrajo más veces fue el incisivo central inferior, siempre como consecuencia de la erupción por la cara lingual del temporal del incisivo permanente. Los molares sólo se perdieron por caries (Tabla 8).

El 14,5% de la muestra faltó y/o la canceló la cita una o más veces. No se encontró diferencias significativas en función del sexo. Parece que se da una tendencia en la relación entre las ausencias y el número de caries, a mayor cantidad de caries más cancelaciones o ausencias a las citas concertadas se encontraron ($p = 0,0786$) (Tabla 9).

El 94,8% de los niños mostraron un comportamiento adecuado para realizar una exploración dental. Sin

TABLA 8.- ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LOS DIENTES QUE SE EXTRAEN EN LA MUESTRA Y POR SEXOS. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

DIENTES EXTRAIDOS	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194
Arcada superior			
Incisivo central	5	3	2
Incisivo lateral	1	0	1
Canino	1	0	1
Primer molar	4	1	3
Segundo molar	4	2	2
Arcada inferior			
Incisivo central	44	22	22
Incisivo lateral	5	2	3
Canino	0	0	0
Primer molar	6	4	2
Segundo molar	3	1	2
TOTAL	73	35	38

TABLA 9.- ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LAS AUSENCIAS A LA CITA CONCERTADA EN LA MUESTRA Y POR SEXOS Y SU RELACIÓN CON LAS CARIES. Muestra 441 niños. Vigo 1998-2001

	MUESTRA N=441	NIÑOS N=247	NIÑAS N=194	P
No faltan a cita	377	210	167	0,7053 ⁽¹⁾
Media de caries	1,92	1,89	1,97	0,0786 ⁽²⁾
Faltan 1 vez a cita	53	29	24	
Media de caries	2,83	2,96	2,66	
Faltan 2 veces a cita	11	8	3	
Media de caries	1,88	0,75	2,33	

1. Prueba de Mann-Whitney: no existe dimorfismo sexual en relación con las cancelaciones o faltas a consulta.

2. Análisis de la varianza de Kruskal-Wallis: existe una tendencia a presentar más caries aquellos niños que faltan o anulan las citas concertadas.

embargo, pareció lógico que para tratar de obtener un perfil de los problemas de comportamiento del niño en la consulta se tuviesen en cuenta varias citas. Por este motivo se comparó la muestra con el grupo de 168 niños que repitieron la visita durante el tiempo que duró el estudio. En este último grupo el porcentaje de niños con una conducta adecuada descendió

al 88,7%. Este descenso, sin embargo no fue estadísticamente significativo ($p = 0,9873$). En el grupo de 168 niños se comparó aquellos niños que experimentaron alguna extracción con los que no la experimentaron y se encontró una tendencia a presentar más problemas de conducta los primeros ($p = 0,0586$).

DISCUSIÓN

Es necesario resaltar que no todos los traumatismos dentales reierten en daños dentales que sean valorables. Por eso la prevalencia de los daños no es equiparable a la prevalencia de los traumatismos dentales. Esta última, sin duda, es superior aunque no se refleje en este estudio. Para Borssen y Holm (10) la prevalencia de los traumatismos dentales alcanza al 35% de niños, según Andreasen y Ravn (2) un 30% de niños con dentición primaria han sufrido un traumatismo dental en algún momento y Feito Fidalgo y col. (11) la cifran entre un 20 y 25% de la población en general.

Carvalho y col. (12) observaron en su estudio de niños belgas, de 3 a 5 años de edad, daños dentales en el 18% de ellos. En este estudio la prevalencia de daños dentales se cifró en el 18,82% (Tabla 2).

Para Feito Fidalgo y col. (11) algunas alteraciones oclusales actúan como factores predisponentes en la etiología de los traumatismos dentales. Jones y col. (13) encontraron, en la dentición primaria, que el 90% de los traumatismos se asocian con mesiooclusiones. En este estudio se destacó también una asociación entre estos accidentes y las mordidas con resalte ($p = 0,0346$).

Tanto Borssen y Holm (10) como Poyato Ferreras y col. (14) señalaron en sus estudios dimorfismo sexual, los daños dentales fueron más frecuentes en los niños. Glendor y col. (15) encontraron diferencias en el sexo con relación a grupos etarios, el grupo de niños que presentó más daños fue el de 3 a 4 años y en las niñas en el de 5 a 6 años. En este estudio no se apreció dimorfismo sexual en la prevalencia de daños dentales, no obstante, fue-

ron más frecuentes las avulsiones en los niños aunque no alcanzaron diferencias significativas.

Los cambios de color son las lesiones más frecuentes para Andreassen y Ravn (2). Análoga conclusión se puede extraer de este estudio. Existe unanimidad en todos los estudios (2, 10, 11, 12, 13, 14, 15), incluyendo este mismo, en señalar a los incisivos centrales superiores como los dientes más afectados.

En la primera parte, en el estudio sobre la caries se observó una prevalencia del 48,5%. Cerca de 1 de cada 2 niños presentó alguna caries. Anteriormente, se señaló que el empleo de antibióticos en otras circunstancias enmascara la prevalencia de las infecciones orales de origen dental. Pues bien, aún así, el 19,62% de los niños con caries, cuando se les exploró, presentaron alguna infección que muchas veces pasó desapercibida para los padres. En este estudio, aproximadamente, 1 de cada 10 niños tuvo una infección más o menos severa como consecuencia del mal estado de su boca.

Observar la erupción de los incisivos permanentes sin que se hayan exfoliado los temporales es algo que intranquiliza a los padres. Esta circunstancia ocurre entre el 10% para Berland y Seyler y el 50% según McDonald (16). En este estudio la prevalencia fue del 9,29%.

La ansiedad y el temor que experimenta un niño en la consulta dental no tiene nada que ver con su comportamiento en la consulta. Una parte importante de este comportamiento puede estar provocado por la ansiedad; sin embargo, los problemas de comportamiento no son instrumentos adecuados para valorar el temor dental (17). En los adultos se puede valorar el temor dental por medio de la escala de la ansiedad dental de Corah (18, 17), en los adolescentes y niños mayores se emplea la subescala dental de la Lista-Encuesta del temor en niños (CFSS-DS) (18) y en los niños pequeños se emplean tests proyectivos interpretando dibujos (20). Este estudio no se fue diseñado para valorar la ansiedad y el estrés del niño ante la visita al dentista. Se ocupó de cuantificar la prevalencia de los problemas de comportamiento del niño en función de su grado de cooperación. Esta medida puede ser influida por un componente subjetivo del

dentista. En este estudio, en la primera cita concertada, aproximadamente el 5% de niños no fueron cooperadores. En el grupo que concertó varias citas se alcanzó el 11,3% de niños con problemas en el manejo de la conducta. En un estudio de niños suecos, Klinberg encontró una prevalencia del 10,5% con problemas de conducta en la consulta dental (21).

En este estudio se observó una tendencia a mostrar peores condiciones orales aquellos niños con mayores ausencias o cancelaciones de citas. Klinberg y col. plantearon la hipótesis de que el miedo al dentista, manifestándose como problemas en el manejo de la conducta, pueda ocasionar conductas de evitación que aumenten el riesgo de deterioro de la salud oral (17).

Para McDonald y Avery la extracción de un diente en la primera visita puede comprometer la relación en futuras visitas del niño al dentista (16). En este estudio se plasmó una tendencia a presentar más problemas de conducta los niños a los que se les realizó alguna extracción que aquellos otros a los que no se realizó ninguna ($p = 0,0586$).

Gran parte de la conducta del niño durante la visita dental está influenciada por el modo en que integra las experiencias perceptivas (22). No obstante, en estas edades el aprendizaje vicario es un mecanismo importante para aprender pautas de conducta. La madre como el modelo ejerce mucha influencia en la forma de afrontar las experiencias del niño. Klinberg y col. (23) objetivaron que el temor dental de la madre influye de manera substancial en la conducta del niño.

CONCLUSIONES

- 1.- Los dientes más afectados por traumatismos dentofaciales fueron los incisivos centrales superiores. La lesión más habitual fue el cambio de color. Estos daños dentales parece que son más comunes en las maloclusiones con resalte.
- 2.- Poco más o menos el 10% de los niños sufrieron infecciones dentales por el inadecuado control de la caries dental.

- 3.- La ansiedad que causa la visita al dentista no se puede asimilar a los problemas en el manejo de la conducta del niño en la consulta. Alrededor del 11,3% de los niños manifiestan conductas que dificultan el tratamiento dental. La mayor frecuencia de ausencias o cancelaciones de citas se encontró en niños con salud oral en peores condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Losada MJ. Accidentes infantiles: exposición general de un problema. En Manual de Prevención de los accidentes infantiles. Consellería de Sanidade e Seguridade Social. Xunta de Galicia. 1986: 27-33.
2. Andreasen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. *Int Oral Surg* 1972; 1: 235-7.
3. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Estudio prospectivo Delphi. Libro Blanco. La salud bucodental en España. "Odonto-estomatología 2005". Editado por Lacer. 1997.
4. Alexander RE. Principios básicos en terapéutica antibiótica profiláctica. Quintessence (ed. española) 12 (3), 1999: 185-199.
5. Ripa LW, Berenie JT. Reacciones de los niños a la experiencia odontológica. En Manejo de la conducta odontológica del niño. Ed. Mundi, 1984.
6. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 289-94.
7. Jiménez Villa J, Grifell Martín E. Conceptos de estadística. En Atención Primaria. Concepto, organización, práctica clínica. De Martín Zurro A y Cano Pérez JF. Ed.. Mosby/Doyma 3ª ed. 1994. 236-55.
8. Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria* 1996; 3: 138-41.
9. Moal Carnicero N, Miegimolle Herrero M, Planells del Pozo P. El paciente infantil tras el traumatismo oral reciente. *RCOE*; 4(3): 281-294.
10. Borssen E, Holm AK. Traumatic dental injuries in a cohort of 16-year-olds in northern Sweden. *Endod Dent Traumatol* 1997 Dec; 13 (6): 276-80. [Medline].
11. Feito Fidalgo JJ, Jiménez Rubio-Manzanares A, Murillo del Castillo C. Traumatismos dentofaciales (I). *Rev Actual Estomatol Esp* 1990; 396: 55-61.
12. Carvalho JC, Vinker F, Declerck D. Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children. *Int J Paediatr Dent* 1998 Jun; 8 (2): 137-41. [Medline].
13. Jones ML, Mourino AP, Browden TA. Evaluation of occlusion, trauma, and dental anomalies in African-American children of metropolitan Headstart programs. *J Clin Pediatr Dent* 1993 Fall; 18 (1): 51-4. [Medline].
14. Poyato Ferreras M, Segura Egea JJ, Jiménez Rubio-Manzanares A. Prevalencia de fracturas coronarias en la dentición primaria de la población infantil de Sevilla: estudio descriptivo epidemiológico observacional. *Av Odontoestomatol* 1999; 15: 465-8.
15. Glendor U, Halling A, Andersson L, Eilert-Petersson E. Incidence of traumatic tooth injuries in children and adolescents in the county of Vastmanland, Sweden. *Swed Dent J* 1996; 20 (1-2): 15-28. [Medline].
16. McDonald RE, Avery DR. Erupción de los dientes: factores locales, sistémicos y congénitos que influyen sobre el proceso. En Odontología pediátrica y del adolescente. De McDonald/Avery. Ed. Panamericana. 5ª ed. 1990: 188-90.
17. Klinberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. Child dental fear: casus-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995; 103: 405-12.

18. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. JADA, October 2000; 131: 1449-57.
19. Álvarez Quesada C, Carrillo Baracaldo JS, Calatayud Sierra J, Pernia Ramírez I. El estudio sobre el grado de ansiedad ante el tratamiento dental en estudiantes de segundo curso de odontología. RCOE, 2000; 5 (1): 27-31.
20. Domínguez Reyes A, Aznar Martín T, Sierra Delgado M. Expresión por el dibujo de la ansiedad dental antes y después del tratamiento. Av Odontoestomatol 1999; 15: 605-12.
21. Klinberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. Swed Dent J Suppl 1995;103 (4): 1-78. [Medline].
22. Picasso S M^aT, F Queirolo A. Un enfoque diferente de los fenómenos perceptivos en 250 niños de cero a cinco años. Av Odontoestomatol, 1991, 7: 405-12.
23. Klinberg G, Berggren U, Norén JG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. Community Dental Health 1994; 11: 208-214.

CORRESPONDENCIA

Isidro Manuel Iglesias Parada
C/ León, 2, 1º B
Telf. 986 412 148
36205 Vigo