

**ORIGINAL BREVE****VARIABLES ASOCIADAS AL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL  
POR LA POBLACIÓN PREESCOLAR EN ESPAÑA:  
UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD****Laura Barriuso Lapresa (1, 2) y Belén Sanz-Barbero (2, 3).**

- (1) Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia.  
(2) Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.  
(3) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.

No existen conflictos de intereses.

**RESUMEN**

Fundamentos: la salud bucodental es parte fundamental de la salud desde la erupción del primer diente. Para conseguirla, se precisa instaurar precozmente hábitos saludables como la revisión dental periódica. En nuestro medio, la caries es la enfermedad crónica pediátrica más prevalente y podría estar aumentando en los preescolares. Objetivos: a) describir la prevalencia del uso de los servicios de salud bucodental por los preescolares españoles, b) cuantificar y analizar la variabilidad entre comunidades autónomas y c) identificar las variables asociadas a dicho uso.

Métodos: estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud (2006). Muestra: 2.172 niños de 2 a 5 años (ambos inclusive). Variable dependiente: haber acudido a los servicios dentales alguna vez en la vida. Variables independientes: sociodemográficas, de salud bucodental autoreferida, de hábitos y de nivel socioeconómico familiar. Análisis mediante regresión logística multivariante.

Resultados: el 20,8% de los preescolares españoles refirió haber acudido a los servicios dentales. La probabilidad de uso aumentó con la edad (OR: 1,88; IC: 1,53-2,31), la frecuencia de cepillado dental diario (3 o más veces frente a menos de una vez al día: OR: 2,94; IC: 1,47-5,87) y la presencia de caries (OR: 2,60; IC: 1,22-5,51). Hay un gradiente socioeconómico en la probabilidad de uso: aumentó con el nivel socioeconómico familiar, medido a través de la clase social (baja frente a alta: OR: 0,41; IC: 0,19-0,86) y del nivel de estudios maternos (OR: 1,62; IC: 1,13-2,32). No existió variabilidad en el uso atribuible a la comunidad autónoma de residencia.

Conclusiones: los preescolares españoles utilizan menos de lo deseable los servicios dentales. La promoción de su uso debería intensificarse en los niños procedentes de familias desfavorecidas.

Palabras clave: atención odontológica, clase social, España, preescolar, Servicios de Salud dental, Servicios de Salud del niño.

**ABSTRACT****Variables Associated with the Use of  
Dental Services Among Preschool  
Population in Spain: A National Health  
Survey Analysis**

Background: oral health is integral to health from the eruption of the first tooth. To achieving, it is necessary an early establishment of healthy oral habits as regular dental checkups. In developed countries, caries is the most prevalent chronic pediatric disease and it may be increasing in preschool age. Objectives: a) assessing prevalence of oral health services use among Spanish preschool population, b) quantifying and analyzing the existence of variability among autonomous community and c) identifying variables associated with such use.

Methods: cross-sectional study about Spanish National Health Survey (2006). Sample: 2,172 children aged between 2 and 5 years (both inclusive). Dependent variable: have gone to dental services at least once during life. Independent variables: sociodemographic, self-referred dental health, habits and family socioeconomic status variables. Multivariate logistic regression analysis.

Results: 20.8% of Spanish preschoolers reported had attended dental services. Probability of use increased with age (OR: 1,88; IC: 1,53-2,31), frequency of daily tooth brushing (three or more times per day vs less than once: OR: 2,94; IC: 1,47-5,87) and presence of caries (OR: 2,60; IC: 1,22-5,51). There is a socioeconomic gradient about probability of use: it increased with family socioeconomic status measured by social class (low vs high: OR: 0,41; IC: 0,19-0,86) and maternal educational level (OR: 1,62; IC: 1,13-2,32). There was not variability in the oral health services use attributable to the autonomous community.

Conclusions: the use of dental health services among Spanish preschool population is lower than desirable. The promotion of its use should be intensified in children from disadvantaged families.

Key words: child health services, child preschool, dental care, dental health services, social class, Spain.

Correspondencia

Belén Sanz Barbero.

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.

Calle Monforte de Lemos, 5.

28029 Madrid. España.

## INTRODUCCIÓN

Los primeros años de la vida del niño son claves para etapas posteriores, por ser un periodo de crecimiento, adquisición de funciones, instauración de hábitos y desarrollo de habilidades. Crecer con salud es prioritario para favorecerla en la edad adulta: la promoción de la salud bucodental (SBD) infantil mejora la SBD y la calidad de vida del adulto<sup>1</sup>. De este modo, en 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió como una meta para el año 2000, que el 50% de los niños de 5-6 años estuvieran libres de caries<sup>2</sup>.

Actualmente, en los países desarrollados, la caries, que es la enfermedad dental más frecuente, también es la patología crónica pediátrica más prevalente. Y aunque en las últimas décadas su prevalencia en la edad pediátrica está disminuyendo, esto no es así en los preescolares, en los que incluso podría estar aumentando<sup>3-5</sup>. Diversos estudios realizados en el norte de Europa muestran prevalencias de caries a los 5 años comprendidas entre el 28 y el 68%<sup>6-10</sup>. En nuestro país, el primer estudio epidemiológico de ámbito nacional sobre SBD preescolar fue realizado en 2007 y mostró una prevalencia de caries a los 3 y 4 años del 17,4% y 26,2% respectivamente<sup>11</sup>. Este estudio pionero recoge información procedente de exámenes dentales realizados por personal especializado y aunque no aporta prevalencias en edades posteriores, dado que el riesgo de caries aumenta con la edad, podemos asumir prevalencias a los 5 años en nuestra población semejantes a las descritas por los autores europeos referidos<sup>6-10</sup>. Además, este estudio nacional coincide con otros en reflejar un preocupante bajo índice de restauración en este grupo de edad<sup>4,10-12</sup>.

Unos buenos hábitos higienico-dietéticos y la revisión periódica por personal especializado favorecen el mantenimiento de la SBD preescolar<sup>10</sup>. Diversas asociaciones científicas de reconocido prestigio reco-

miendan la valoración bucodental por personal especializado, idealmente en torno al año de vida, no demorándolo más allá de los 3 años, con una periodicidad determinada por el riesgo cariogénico de cada paciente<sup>10,13</sup>.

Sin embargo en nuestro país, en la edad preescolar, a diferencia de lo que ocurre en la edad infanto-juvenil, las recomendaciones científicas e institucionales no están tan consensuadas y carecemos de planes de salud bucodental específicos para la edad preescolar. En España, donde las competencias de salud están completamente transferidas desde el año 2002 a las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) salvo Ceuta y Melilla, las actividades de promoción de la SBD preescolar están implementadas mayoritariamente en el ámbito educativo y en el de la Atención Primaria pediátrica (Plan de atención al niño sano). Las prestaciones dentales en esta edad son escasas, limitándose fundamentalmente a las incluidas por la legislación vigente, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud del año 2006<sup>14</sup>. Dichas prestaciones incluyen tratamientos de urgencia y revisiones, quedando excluidos los tratamientos reparadores de la dentición temporal.

De lo expuesto hasta ahora, parece deducirse que en nuestro entorno la enfermedad dental preescolar es un problema de Salud Pública nada despreciable por su prevalencia. Una posible explicación podría ser la utilización insuficiente de los servicios dentales durante los primeros años de vida. Ahora bien, mientras las variables asociadas al uso de los servicios de SBD han sido claramente identificadas en la edad infanto-juvenil<sup>15-22</sup> (edad, procedencia, nivel socioeconómico familiar, presencia de enfermedad dental, hábitos de salud, servicios ofertados, modelos asistenciales dentales,...), carecemos de estudios de ámbito nacional que las analicen en la edad preescolar. Su identificación nos puede permitir

una promoción más efectiva del uso de los servicios de SBD en preescolares, así como la detección de posibles desigualdades en el acceso y uso.

Los objetivos del presente estudio fueron conocer la prevalencia del uso de los servicios de SBD en la edad preescolar, cuantificar y analizar la existencia de variabilidad entre las CCAA e identificar las variables asociadas al uso de los servicios de SBD por la población preescolar residente en España.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Fuente de los datos.** Los datos analizados proceden del Cuestionario de Menores (0-15 años) y del Cuestionario de Hogar de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 (ENSE)<sup>23</sup>. El trabajo de campo se realizó por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a instancias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) entre junio de 2006 y junio de 2007 sobre población no institucionalizada residente en España. El muestreo fue polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales y las de segunda las viviendas familiares principales. Para cada CA la muestra fue independiente y representativa, pero no proporcional, por lo que los resultados deben ponderarse para obtener indicadores estatales. La metodología detallada de la encuesta y la base de datos están disponibles en la página web del MSSSI<sup>23</sup>. Para el análisis, se seleccionaron los niños con edades comprendidas entre 2 y 5 años (ambos inclusive), por ser el grupo con dentición completa mayoritariamente temporal.

La muestra inicial estuvo compuesta por 2.280 individuos ponderados y finalmente la analizada por 2.172, tras eliminar 108 registros con valores perdidos (4,7 %).

**Variable dependiente:** El uso de los servicios de SBD se analizó a partir de la pregunta “¿cuánto tiempo hace que el/la niño/a acudió al/a dentista, estomatólogo/a o higienista den-

tal para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?”, recategorizada en la variable dicotómica ha ido alguna vez en su vida (sí/no).

**Variables independientes:** Del Cuestionario de Menores se recogieron variables socio-demográficas, de SBD autoreferida y de hábitos y del Cuestionario del Hogar las variables de nivel socioeconómico (NSE) familiar y la procedencia.

Las variables sociodemográficas investigadas fueron edad, sexo y procedencia del menor. Esta se analizó a través de la nacionalidad de los padres y se definieron tres categorías: “España” si ambos progenitores eran españoles, “extranjeros” si no era así y “no consta” si dicha información se desconocía al menos en uno de ellos.

Como indicador de SBD autoreferida o de enfermedad dental se emplearon las variables “tiene caries” y “los dientes están sanos”. Estas variables se obtuvieron de la pregunta “¿cuál es el estado de los dientes y muelas del/de la niño/a?”, que permite 5 respuestas: tiene caries, le han extraído dientes/muelas, tiene dientes/muelas empastados (obturados), le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente y los dientes que tiene están sanos.

Los hábitos de salud incluyen el tipo de dieta consumida y la frecuencia de cepillado dental diario. La dieta, se investigó a partir de la pregunta “¿con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?”, que hace referencia a la ingesta de dulces (galletas, bollería, caramelos, mermeladas...), refrescos azucarados y snacks o comidas saladas (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas o pepinillos). Las posibles respuestas se recategorizaron así: si refieren consumirlos nunca o casi nunca o menos de una vez a la semana se definió como poca ingesta, si consumen una o más veces por semana pero no diariamente como mediana y si consumen a diario como alta. A partir de la frecuencia de ingesta de estos tres grupos de alimentos y siguiendo las recomen-















