

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA. MUNICIPIO SANTOS MARQUINA. MÉRIDA- VENEZUELA 2016

Picos, Cyndi ; Ramírez, Moreima 

Odontólogo. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida Venezuela

Autor de contacto: Cyndi Picos

e-mail: cyndipicos@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2021.01.01.05>

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Picos C, Ramírez, M. Perfil epidemiológico en salud bucal de la población escolarizada. Municipio Santos Marquina. Mérida-Venezuela 2016 . IDEULA. 2021;(1):99-118.

APA: Picos, C. y Ramírez, M.. (2021). Perfil epidemiológico en salud bucal de la población escolarizada. Municipio Santos Marquina. Mérida-Venezuela 2016. *IDEULA*, (1), 99-118.

Recibido:09/06/2020

Aceptado: 09/09/2020

RESUMEN

Las enfermedades bucales resultan particularmente prevalentes a nivel mundial causando efectos devastadores en la calidad de vida. Para Venezuela la situación epidemiológica presenta una complejidad mayor, ya que la nación atraviesa una profunda crisis. El objetivo de esta investigación fue diagnosticar las condiciones del componente bucal de la salud en la población escolarizada del municipio Santos Marquina del estado Mérida. Se realizó una investigación de tipo descriptiva, con un diseño de campo, transeccional, y multivariable, que contó con una muestra aleatoria estratificada por conglomerados, utilizando la densidad poblacional como criterio de estratificación. Se modificó la metodología establecida por la OMS, adaptándola a las características sociodemográficas del municipio. La muestra fue de 600 escolares, organizados en tres grupos: 5-7; 12-14 y 15-17 años de edad. Entre los resultados destaca el alto porcentaje de escolares afectados por caries dental. Para el grupo de 12 años: 67% y de 15 años: 75%. El Índice Periodontal Comunitario fue 53% y la Fluorosis Dental se ubicó en 51%. Entre las conclusiones destaca que estas enfermedades resultan fácilmente prevenibles por medio de la promoción de medidas de higiene bucal, las cuales deberían constituirse en política de salud. Se deben incrementar la prevención específica en los programas de atención, referida a la aplicación de selladores de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor y la detección y remoción de placa bacteriana con especial atención a los grupos de 12 y 15 años ya que los índices de enfermedad se incrementan considerablemente a partir de estas edades.

Palabras clave: Salud bucal, perfil epidemiológico, encuesta de salud bucal.



EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN ORAL HEALTH OF SCHOOL POPULATION. SANTOS MARQUINA MUNICIPALITY. MÉRIDA-VENEZUELA 2016

ABSTRACT

Oral diseases are particularly prevalent worldwide causing devastating effects on quality of life. For Venezuela, the epidemiological situation presents a greater complexity, since the nation is going through a deep crisis. The objective of this investigation was to diagnose the conditions of the oral health component in the school population of the Santos Marquina municipality of the Merida state. A descriptive research was carried out, with a field, transectional, and multivariable design, which included a random sample stratified by conglomerates, using population density as a stratification criterion. The methodology established by the WHO was modified, adapting it to the sociodemographic characteristics of the municipality. The sample was 600 schoolchildren, organized into three groups: 5-7; 12-14 and 15-17 years old. Among the results, the high percentage of schoolchildren affected by dental caries stands out. For the 12-year-old group: 67% and the 15-year-old group: 75%. The Community Periodontal Index was 53% and Dental Fluorosis was 51%. Among the conclusions highlights that these diseases are easily preventable through the promotion of oral hygiene measures, which should become a health policy. Specific prevention in care programs should be increased, referring to the application of pit and fissure sealants, topical fluoride applications, and the detection and removal of bacterial plaque, with special attention to groups of 12 and 15 years, since the indices disease increases considerably from these ages.

Key words: Oral health, epidemiological profile, oral health survey.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es todavía un problema de salud pública en todo el mundo, ya que las enfermedades bucales siguen siendo particularmente prevalentes en grupos poblacionales desprotegidos, lo cual tiene efectos devastadores como la pérdida de dientes y los traumas causados por accidentes y lesiones no intencionales que impactan especialmente en la calidad de vida. ¹

Recientemente, desde los países industrializados se ha producido fuertes críticas a la situación de salud bucal de la población mundial. Se reconoce la gran carga de enfermedad, especialmente en los niños; grandes desigualdades, así como el impacto que tienen las condiciones económicas y sociales sobre la salud bucal. En cuanto a los servicios asistenciales en todos los países existen deficiencias en los programas preventivos, lo que indica que el abandono de la salud bucal mundial no ha sido seriamente desafiado ².

Para Venezuela la situación epidemiológica del componente bucal de la salud, presenta una complejidad mayor, ya que la nación atraviesa una crisis económica, social y política sin referentes en su historia. La pobreza material generalizada, la desnutrición, la reaparición de epidemias, la falta de suministros médicos, la diáspora de profesionales de la salud, entre otros, configuran un escenario de calamidad humanitaria que afecta especialmente a la población infantil. Por otra parte, la política de secuestro de la información en salud y, en particular, de la información epidemiológica, en la actualidad vivimos el más reciente periodo de interrupción, que data desde el n° 26 (28 de junio-4 de julio) de 2015 de la Semana Epidemiológica hasta el presente ³.

En este escenario, los estudios epidemiológicos cobran especial importancia en el propósito de dar a conocer la realidad de las condiciones de vida y salud de la población, siendo el componente bucal un indicador del modo de vida, ya que en su comportamiento se expresan los determinantes sociales y biológicos de la salud en la población y pueden ser utilizados como punto focal para estimular la acción política colectiva².

La caries dental y la enfermedad periodontal se han considerado históricamente como las cargas mundiales más importantes de salud bucal para la mayoría de los países industrializados ya que afecta al 60-90% de los niños en edad escolar ⁴. Más recientemente se ubica la caries dental permanente entre las 8 causas de enfermedades crónicas y lesiones que afectaron a más del 10% de la población mundial en el 2015 ⁵.

Desde el punto de vista Epidemiológico esta dimensión de la salud "constituye un elemento sensible de la evaluación de un proyecto social o de gobierno, por ser un recurso "diagnóstico" con el que se define la imagen sanitaria de la sociedad, con el que valoramos el éxito o fracaso de las políticas y, sobretudo, con el que construimos evidencias de los impactos generados por la producción y el vivir social" ⁶. Son, además, una herramienta fundamental para la planificación y evaluación de políticas de salud. La construcción y tratamiento de la información epidemiológica es una poderosa herramienta para la formulación y el seguimiento de las metas que constituyan avances sustantivos en la organización popular para la protección de la vida y la salud ⁷.

Hacer un diagnóstico sobre la situación actual de la salud bucal, remite a múltiples análisis donde la mayoría revelan la deficiencia e inoperancia de este sector en Venezuela, aún con la presencia de los programas masivos de salud bucal que existen en la actualidad, que siendo colectivos, abandonan la condición de "prevención y promoción", ejecutando una odontología por si, más curativa que preventiva, destacándose más la condición de enfermedad, que la propia condición de salud, sobre todo la población infantil ⁸.

En un esfuerzo por establecer los criterios operativos de dicha evaluación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha conformado la encuesta de salud bucal, que permite recoger información sobre las condiciones de salud- enfermedad de dicho componente, así como de las necesidades de tratamiento presentes en una determinada población. Esta encuesta es útil para recoger información relativa a: "la medida en que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población; la naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración necesarios y los recursos necesarios

para implantar, mantener, aumentar o reducir los programas de salud bucodental, estimando las necesidades cuantitativas y el tipo de personal requerido”⁹.

Algunos países como España ⁹, Uruguay ¹⁰ y Venezuela ¹¹, han incorporado la encuesta Pahtfinder de la OMS para la realización de estudios de carácter nacional. El caso más sistemático es el de España, que desde 1993, 2000, 2005, 2010 y hasta el último estudio nacional realizado en el año 2015, se han mantenido los criterios de diseño, tamaño muestral, así como la calibración de los exploradores, facilitando la comparación de los hallazgos obtenidos y permitiendo la posibilidad de establecer tendencias en el estado de la salud bucal de los españoles ⁹.

En el caso de Venezuela se han realizado tres estudios epidemiológicos en salud bucal de carácter nacional,^{11,12,13} pero utilizando criterios diagnósticos y procedimientos de muestreo diferentes, lo que dificulta la comparación entre ellos, al igual que con los resultados obtenidos por otros países. Solo en el estudio del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas se utilizaron los criterios clínicos de la OPS/OMS 1997. Dicho estudio, tuvo una muestra conformada por 17.611 núcleos de clase y 54.712 personas examinadas. El CPO general en la muestra es de 6,89. Para el índice CEO, se reporta un promedio nacional estimado en 1.28 para la población entre 5-12 años. El 66.53% evidenció condición periodontal sana. 68.49 %de las etnias presento oclusión normal, siendo los trabajadores indígenas los que presentaron el porcentaje más elevado con esta condición (91.67%). El 83.90% de la muestra estudiada se encontraban libres de fluorosis¹¹.

En el estado Mérida se han realizado algunas investigaciones siguiendo los criterios clínicos y metodológicos establecidos por la OMS. Romero y cols. realizaron en el municipio Campo Elías del estado Mérida una investigación para diagnosticar las condiciones de salud- enfermedad bucal en la población escolarizada, utilizando la encuesta Pathfinder de la OMS, con una muestra 627 escolares, organizados en tres grupos etarios: 5-7 años, 12 años y 15 años. 34,4% pertenecían al emplazamiento urbano y 60% al rural ¹⁴.

Por su parte Jerez y cols. Rrealizaron una investigación con el propósito de conocer la situación de maloclusión en el Jardín de infancia de la “Escuela Bolivariana Juan Ruiz Fajardo” del Estado Mérida, Venezuela; en los escolares con edades comprendidas entre los 3 y 6 años, obteniendo como resultados que 54,9% de la población examinada de esta escuela presentó algún tipo de maloclusión¹⁵.

Agreda, Medina, Salas y Simancas, (2010)¹⁶ evaluaron una población escolar de 6-14 años de edad del Municipio Libertador del estado Mérida y encontraron que 75% de los participantes estaban exentos de fluorosis dental.

En este sentido, el objetivo de esta investigación fue diagnosticar las condiciones del componente bucal de la salud en la población escolarizada del municipio Santos Marquina del estado Mérida- Venezuela, ya que no se dispone de información epidemiológica para avanzar en la planificación local de la atención al componente bucal de la salud por parte de los organismos salud y educación del municipio, así como de la comunidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo descriptiva¹⁷, con un diseño de campo, transeccional, multivariable, que contó con una muestra aleatoria estratificada por conglomerados, utilizando la densidad poblacional como criterio de estratificación. Se establecieron 8 puntos muestrales realizando una modificación a la metodología establecida por la OMS¹⁸, adaptando la misma a las características sociodemográficas del Municipio, por lo cual se tomaron 8 puntos muestrales:

- Cuatro unidades educativas ubicadas en el casco central del Municipio (1. U.E San Rafael de Tabay, 2. Liceo Bolivariano Dr. Miguel Otero Silva, 3. E.B Estado Apure, 4. E.B.B 21 de noviembre).
- Cuatro unidades educativas ubicadas en los sectores adyacentes al casco del Municipio (1. U.E.B Mucuy Baja, 2. U.E La Vega de Tabay, 3. U.E Aquiles Nazoa, 4. U.E La Poderosa).

Se examinaron 600 escolares, organizados en los tres grupos etarios, a saber: un primer grupo entre 5-7 años; el grupo de 12-14 años y el de 15-17 años de edad, fueron tomados 200 niños para cada grupo



etario. Debido al tamaño de la muestra, la información fue recolectada por un examinador y un anotador. Se empleó luz natural. El paciente fue ubicado donde recibiera la máxima iluminación, teniendo el cuidado que no recibieran, ni el paciente ni el examinador, la luz directa del sol en el rostro. Las sillas fueron ubicadas tan cerca cómo fue posible de las ventanas por donde entraba la luz. Se utilizaron las sillas de las unidades educativas.

Las variables incluidas en el estudio fueron: el estado de la dentición y tratamiento necesario, maloclusión, el índice periodóntico comunitario, y fluorosis dental medida según el índice de Dean.¹⁸

RESULTADOS

En cuanto a las condiciones de salud, referida ésta a la ausencia de las patologías, el 31.5% no presenta maloclusiones, 47% no presenta problemas periodontales, mientras que 31.88% no tiene caries activa, el 49% no presenta fluorosis dental y sólo 48.5% de la población no ha padecido caries en sus dientes permanentes, lo cual indica que hay un alto porcentaje de niños que presentan patologías en el componente bucal de la salud.

El análisis estadístico de las condiciones de la dentición fue realizado en 539 escolares con un total de 11.955 piezas dentarias permanentes y 3.399 dientes temporarios. En la población se encontró un 51.5% de pacientes con dientes permanentes cariados, de los cuales 18% presentaban obturaciones con caries recidivante y 22.5% tenían los dientes obturados en buen estado.

En relación a la prevalencia de historia de caries 68.16% del total de la población estudiada ha padecido de esta enfermedad en algún momento de sus vidas (CPOD>0). Asimismo, 51.5% presentó caries activa en su dentición permanente. En la tabla 2 se expone la prevalencia de historia de caries (cod/CPOD>0) y de caries activa, para cada cohorte, expresada en porcentajes.

Tabla 1. Porcentaje de individuos con lesiones de caries tratadas y activas (cod/CPOD>0).

cod/CPOD>0		
5-7 años (n=200). Temporarios	58.5%	
Individuos con dientes cariados >0		56%
Individuos con dientes obturados>0	13%	
5-7 años (n=200). Permanentes	14.5%	
Individuos con dientes cariados >0		12%
Individuos con dientes obturados>0	2.5%	
Individuos con extracciones dentarias>0		0%
12 años (n=200)	74%	
Individuos con dientes cariados >0	67%	
Individuos con dientes obturados>0		24%
Individuos con extracciones dentarias >0	4.5%	
15 años (n=200)	81.5%	
Individuos con dientes cariados >0		75%
Individuos con dientes obturados>0	40.5%	



Individuos con extracciones dentarias>0		7%

A continuación, en la tabla 3, se exponen las condiciones de la dentición permanente en el total de la muestra, de acuerdo con los criterios recomendados por la OMS. Seguidamente, en la tabla 4, se presenta el estado de la dentición temporaria en el grupo de 5-7 años.

Tabla 2. Condiciones de la dentición permanente en el total de la muestra: 11955 dientes, 600 escolares.

Condición	Por diente		Por individuo	
	n	%	N	%
Sano	10292	86.08	539	89.83
Cariado (no obturado)	1010	8.44	293	48.83
Obturado con caries	191	1.59	107	17.83
Obturado sin caries	274	2.29	135	22.5
Perdido por caries	30	0.25	23	4.33
Perdido por otro motivo	4	0.03	1	0.16
Fisura obturada	9	0.14	7	1.16
Diente sin brotar	9	0.07	7	1.16
Traumatismo	4	0.03	4	0.66



Tabla 3. Condiciones de la dentición temporaria en el grupo etario de 5 a 7 años: 3399 dientes, 200 escolares.

Condición	Por diente		Por individuo ¹	
	N	%	N	%
	2881	84.76	200	100
Sano				
Cariado (no obturado)	390	11.47	104	52
Obturado con caries	70	2.05	34	17
Obturado sin caries	58	2.70	27	13.50
Perdido por caries	16	0.47	10	5
Fisura obturada	0	0	0	0
Traumatismo	0	0	0	0

El índice CPOD encontrado en la totalidad de la población escolar del Municipio Santos Marquina del estado Mérida fue de 2.51 (IC 95%:2.25-2.77). Este valor corresponde a un nivel moderado, de acuerdo con los niveles de severidad en prevalencia de caries establecidos por la OMS. El Índice de Restauración (IR) para la totalidad de la muestra fue de 19.98% lo cual demuestra que esta población se encuentra desasistida en relación a la atención de su salud bucal con respecto al índice de caries.

En la tabla 5 se muestran los índices CPOD- cod y sus componentes, según corresponde a cada cohorte. En la dentición temporaria, los niños de 5-7 años presentan una media de afectación cod de 2.59 con un claro predominio del componente cariados y una asistencia restauradora baja (IR 11.19%), este mismo grupo posee un CPOD muy bajo (0.23). A la edad de 12 años el CPOD es de 2.71, valor que lo

sitúa en niveles moderados de caries, en base a la clasificación de la OMS, con un IR del 16.20%. En la cohorte de 15 años, el CPOD asciende a 4.57, lo cual sitúa este grupo en niveles altos de caries, también en base a la clasificación de la OMS, con un IR de 19.26%.

Tabla 4. Índice de caries y sus componentes (C/c: cariados, P: perdidos, O/o: obturados

	C/c	P	O/o	cod/CPOD	IR(%)
	(IC=95%)	(IC=95%)	(IC=95%)	(IC=95%)	
5-7 años (temporarios)	2.3 (1.87-2.72)	-	0.29 (0.17-0.40)	2.59 (2.14-3.03)	11.19%
5-7 años (permanentes)	0.19 (0.10-0.27)	0 (0)	0.0 (0.002-0.09)	0.23 (0.14-0.32)	19.14%
12 años	2.22 (1.88-2.56)	0.05 (0.01-0.08)	0.44 (0.30-0.57)	2.66 (2.31-3.01)	16.20%
15 años	3.59 (3.11-4.08)	0.12 (0.05-0.18)	0.88 (0.67-1.09)	4.57 (4.04-5.10)	19.26%
Población total	2.00 (1.77-2.22)	0.5 (0.03-0.08)	0.45 (0.35-0.54)	2.51 (2.25-2.77).	19.98%

En la tabla 5 se presentan las necesidades de tratamiento de la totalidad de los escolares.

Tabla 5. Necesidad de tratamiento en el total de la muestra:

15354 dientes (11955 permanentes y 3399 temporarios), 600 escolares.

Tratamiento	Por diente		Por individuo ¹	
	N	%	n	%
Ninguno	13617	88.68	600	100
Preventivo	0	0	0	0
Fisura	482	3.13	175	29.16
Obturación de 1 superficie	822	5.35	287	47.83
Obturación de 2 o más superf.	264	1.71	134	22.33
Corona por cualquier motivo	1	0.006	1	0.16
Funda o lámina	0	0	0	0
Cuidado de la pulpa y restaur.	16	0.10	14	2.33
Extracción	92	0.59	54	9
Necesidad de otra asistencia	0	0	0	0

El gráfico 1 presenta los porcentajes de maloclusiones hallados en las cohortes de 12 y 15 años, las cuales son expresadas en forma más detallada en el gráfico 2, distribuido por grupo etario.

¹ Se enumeran todos aquellos individuos que tengan al menos un diente con la necesidad de tratamiento mencionado.

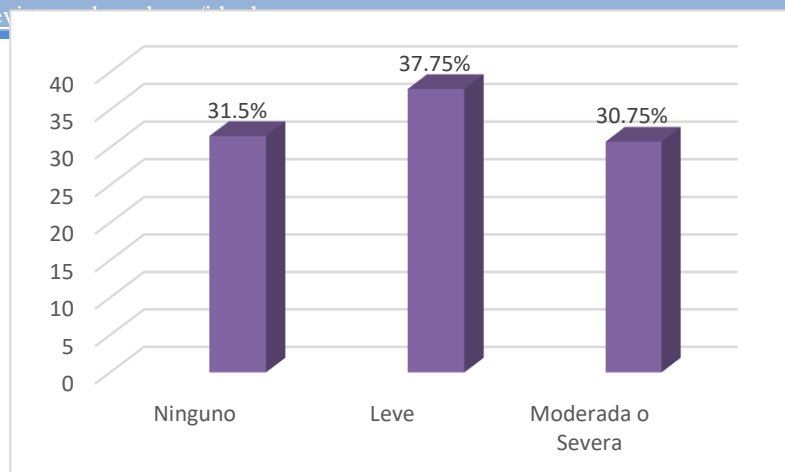


Gráfico 1. Porcentaje de maloclusiones, de acuerdo a su severidad, encontradas en el total de la muestra (grupo etario 12 y 15 años).

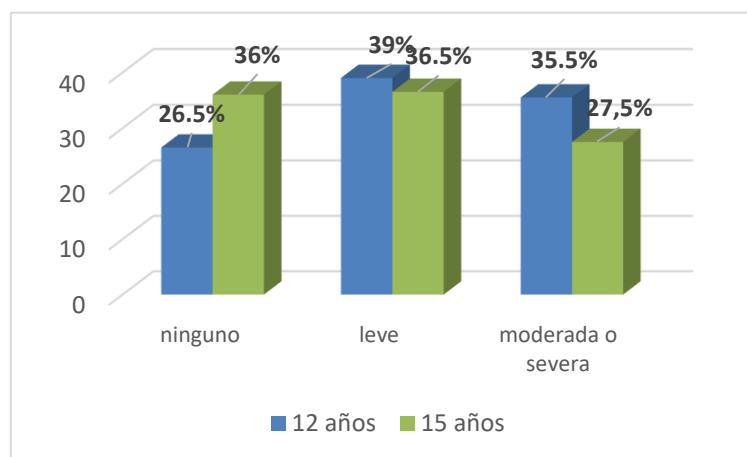


Gráfico 2. Porcentaje de maloclusiones, de acuerdo a su severidad, distribuido por grupo etario de 12 y 15 años.

A continuación, el gráfico 3 expresa los resultados expresados en porcentajes de los criterios evaluados en el grupo etario de 12 años con relación a la presencia de fluorosis.

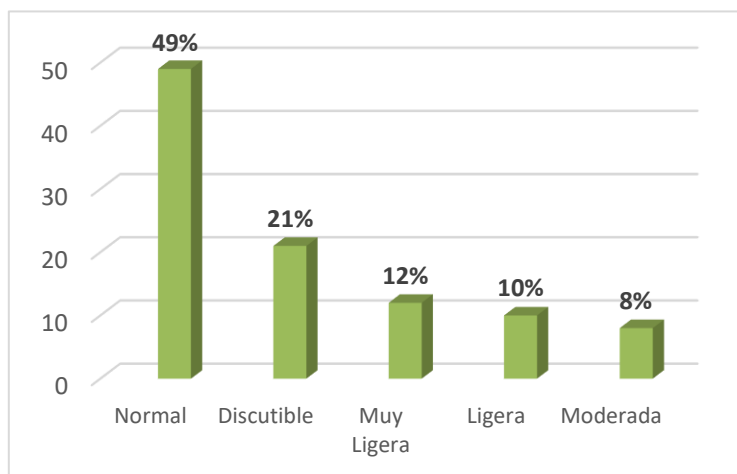


Gráfico 3. Porcentaje de fluorosis dental en el grupo etario de 12 años.

En lo referente a las patologías bucales, para el análisis del Índice Periodontal Comunitario se utilizó, como parámetro, el mayor rango de la escala encontrado en los sextantes estudiados por persona. El gráfico 4 presenta las frecuencias porcentuales de los criterios evaluados en el Índice Periodontal Comunitario.

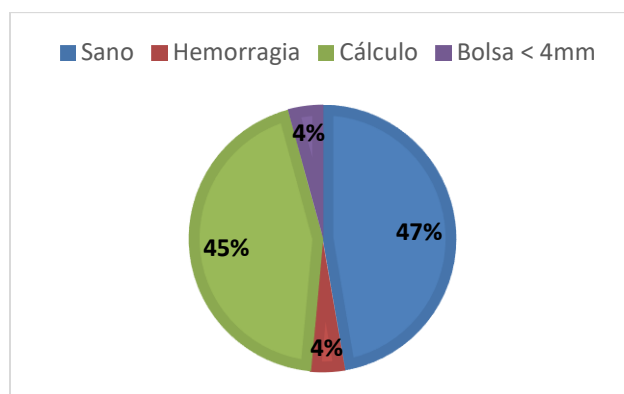


Gráfico 4. Porcentaje de frecuencias del Índice Periodontal Comunitario encontrado en el grupo etario de 15 años.

DISCUSIÓN

En el Municipio Santos Marquina, el 68.16% de la población escolarizada ha padecido caries dental. Estos porcentajes son muy cercanos a las cifras presentadas por la OMS ³, según las cuales entre el 60% y 90% de los escolares de todo el mundo se encuentran afectados por esta enfermedad.

En cuanto a los resultados obtenidos con el índice de cod en el grupo de 5-7 años indica que más de la mitad de los niños examinados han padecido de caries en su dentición temporaria, con una cantidad similar de niños que presentan caries activa.

Asimismo, el CPOD se observa para esta cohorte en 14.5%, aumentando considerablemente su valor en el grupo de 12 años a 74% y aumentando nuevamente en el grupo de 15 años para obtener un valor de 81.5%. El mismo comportamiento de las cifras se observa en el porcentaje de individuos con caries activa para cada cohorte de edad, las cuales fueron 12%, 67% y 75%, respectivamente. Es de observar en los resultados de la presente investigación que a medida que la población escolar aumenta en edad, también lo hacen las cifras que conforman el índice de CPOD, incrementando el nivel de severidad de prevalencia de caries, según los criterios establecidos por la OMS, desde 0.23 -muy bajo- a los 5-7 años, para pasar a 2.71 a la edad de 12 años -moderado- y aumentar a 4.57 en la cohorte de 15 años -alto-. Este comportamiento progresivo de los porcentajes de caries en la medida en que se incrementa la edad, se corresponden con los resultados obtenidos por Romero y cols¹⁴ en el municipio Campo Elías del estado Mérida. De igual manera lo reportaron Morón y cols ¹¹ en el estudio de las etnias venezolanas, a pesar de haber reportado cifras más bajas, pero las mismas se incrementaban con la edad de los grupos estudiados.

Desde hace tres décadas aproximadamente los niños y adolescentes son la población priorizada para los programas de prevención de las principales patologías que afectan el componente bucal del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que para los niños y adolescentes del Municipio Santos Marquina las intervenciones realizadas por las instituciones responsables de la atención de la salud no han logrado modificar los indicadores de salud- enfermedad para el componente bucal.

En cuanto a la presencia de maloclusiones, se encontró un porcentaje importante de maloclusión leve (37,75%), seguida de moderada (30,75%) en los grupos etarios de 12 y 15 años. Estos resultados no concuerdan con los presentados en el estudio de las etnias venezolanas por Morón y Córdova ¹², en el cual se encontró que la mayoría de la población (68.49%) presentaba oclusión normal, mientras que la maloclusión leve se presentó en (16.34%).

Asimismo, en los resultados de este estudio la mitad de la población presentó fluorosis dental (51%). Estos resultados no coinciden con los reportados por Agreda, Medina, Salas y Simancas ¹⁶, quienes evaluaron una población escolar de 6-14 años de edad del Municipio Libertador del estado Mérida y encontraron un 25% de los participantes no presentaron fluorosis dental.

En relación con el Índice Periodontal Comunitario, se encontró que la enfermedad periodontal aqueja al 53% de la población escolarizada del Municipio Santos Marquina del estado Mérida. Esto también coincide con lo expresado por la OMS ³ cuando advierte que la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis, a diferencia del estudio realizado por Agreda, Medina, Simancas y Salas, ¹⁶ en el Municipio Libertador del estado Mérida, donde el 90,2% de la población estudiada presentó placa dental, en contraste con un 9,8% que no presentó. El 78,2% no presentó cálculo dental, en contraste con el 17,8% que sí presentó. Asimismo, el 14,1% presentó hemorragia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las condiciones del componente bucal de la salud en la población escolarizada del municipio Santos Marquina se encuentra caracterizada por altos niveles de caries dental y de enfermedad periodontal en correspondencia con el comportamiento del perfil epidemiológico nacional, reportado en el último estudio nacional.¹¹ De la misma manera coincide con las condiciones de salud bucal a nivel mundial que han sido descritas por diferentes autores^{1,2,4,5}.

Estos resultados constituyen un indicador del fracaso del modelo de atención curativo que predomina en el Sistema Nacional de Salud, y que se encuentran reflejados en los espacios locales.



Tanto la caries dental como la enfermedad periodontal, resultan fácilmente prevenibles por medio de la promoción de medidas de higiene bucal, las cuales deberían constituirse en política de salud, con asignación de recursos e incorporando la información epidemiológica como estrategia para estimular la acción política colectiva, tanto en los gobiernos locales, como en las organizaciones populares y romper con el secuestro de la información epidemiológica en el país.

Se requiere del fortalecimiento de los programas de promoción de salud bucal, dirigidos a la creación y promoción de los hábitos de higiene bucal, en un trabajo interinstitucional entre las instituciones educativas, los padres y representantes, los voceros de salud, los centros de atención odontológica y la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, con presencia en este municipio a través de las pasantías rurales.

De la misma manera, los servicios de atención odontológica en el Municipio, deben incrementar la prevención específica en los programas de atención, referida a la aplicación de selladores de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor y la detección y remoción de placa bacteriana con especial atención a los grupos de 12 y 15 años ya que los índices de enfermedad se incrementan considerablemente a partir de estas edades. En el caso de las maloclusiones las intervenciones a temprana edad permiten lograr resultados positivos y más económicos, en cuanto al costo de los tratamientos.

Esta es una línea de investigación que requiere continuidad, ya que existen muchos aspectos relacionados con los determinantes de salud y con la participación social en salud, que requieren ser indagados y conocidos por medio de la sistematización del conocimiento y las intervenciones educativas, para lograr cambios estructurales en la conformación de los perfiles epidemiológicos, ya que se viene demostrando que el modelo de atención dominante en salud, biologicista y dirigido a la atención de la enfermedad no ha logrado los cambios que requiere la salud en la población venezolana.

REFERENCIAS

1. Anderson Rocha-Buelvas. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), [Internet] julio-diciembre de 2013 (Consultado el 20/06/2018) 12 (25): 96-112, Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf>
2. Beaglehole R. & Beaglehole R. Promoting radical action for global oral health: ¿integration or Independence? The Lancet Health [Internet] 2019 Jul [Citado 08/01/2020] 20;394(10194):196-198. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31610-1.
3. Shuterland M. El Proceso de desindustrialización (anti) socialista en Venezuela, crónica de una ruina anunciada. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura. [Revista en Internet] 2016 [Consultado el 18 de marzo de 2019] XXII (2) 15-40 Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082016000200006
4. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, 1. Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ.[Internet] 2005 Sep; Consultado el 11/11/2018. 83(9):661-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19046331/>
5. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet Health. [Internet] 2015. Consultado 14/11/2018. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60692-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60692-4/fulltext).
6. Breilh Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2013 Dec Consultado May 27 2018; 31(Suppl 1): 13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en.



7. Romero Y. La renovación del trabajo epidemiológico del componente bucal de la salud desde la epidemiología crítica. IDEULA. [Internet] 2019 . Consultado el 12/03/2020; (2):98-128. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/ideula/article/view/16028/21921927161>
8. Romero Yajaira. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta odontol. venez [Internet]. 2006 Ago [citado 27 ene 2020] ; 44(2): 210-215. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000200009&lng=es.
9. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Ausina Márquez V, Avilés Gutiérrez P, Blanco González JM, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Gómez Santos G, Hita Iglesias C, Llodra Calvo JC, Monge Tàpies M, Montiel Company JM, Palmer Vich PJ, Sainz Ruiz C. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE [Internet] 2016; Consultado: 29 oct 2018. 21 (Supl. 1): 8 – 48. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/103211/1/664717.pdf>
10. Lorenzo Susana, Álvarez Ramon, Blanco Silvana, Peres Marco. Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya: Aspectos metodológicos. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Jun Citado 14 nov 2018 ; 15(spe): 8-25. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200003&lng=es.
11. Morón Borjas, Alexis, Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer informe nacional. Ciencia Odontológica [Internet]. 2008; Consultado noviembre 2017; 5 (3): 11. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205216674002>
12. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO). 1972. de Recursos para la Salud. MPPS; 2012. p. 171-192.
13. Méndez C. y Mijares A. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela: Aspectos Odontológicos. División de Investigaciones Biológicas. Departamento de Odontología. Tomo III. Caracas. Fundacredeasa
14. Romero, Y., Carrillo, D., Espinoza, N., & Díaz P., N. Perfil epidemiológico en salud bucal de la población escolarizada del Municipio Campo Elías del Estado Mérida. *Acta Bioclínica*,



- [Internet] 2016. (Consultado noviembre 2018); 6(11), 3-24. Recuperado de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/7360>
15. Jerez, E., Zerpa, R., Salas C., M., Simancas Pereira, Y., & Romero, Y. Prevalencia de maloclusiones en niños del jardín de infancia de la Escuela Bolivariana “Juan Ruiz Fajardo”. *Acta Bioclínica*, [Internet] 2014 (Consultado enero 2018) 4(8), 54-69. Recuperado de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4972>
16. Medina Y; Agreda M; Simancas Y; Salas M. Prevalencia de Fluorosis Dental, Opacidades e Hipoplasia del esmalte en niños en edad escolar *Acta Odontológica Venezolana* [Internet] 2010. Consultado el: 27 may 2019) Volumen 48, No. 3, Año 2010. Obtenible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art-11/>
17. Hurtado J. Metodología de la Investigación Holística. 4ta ed. Caracas: Quirón; 2012.
18. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4ta ed. Ginebra: OMS; 1997.