

ción respiratoria del sueño⁵. Tras un diagnóstico apropiado, las apneas nocturnas pueden responder al tratamiento con tiroxina, resolviéndose los síntomas respiratorios sin necesidad de aplicar tratamiento con CPAPn.

**M.M. García Carballo
y J.L. Miraflores Carpio**

Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe.
Área 10 de Madrid.

1. Cano Pérez JF, Bundó Vidiella M. Disfunción tiroidea. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Aten primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 1384-1389.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño. Barcelona: Doyma, 1993.
3. Neil M, Skodt NM, Raj Atkar, Easton P. Screening for hypothyroidism in sleep apnea. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 732-735.
4. Kapur VK, Koepsell T, DeMaine J, Hert R, Sandblom E, Psaty B. Association of hypothyroidism and obstructive sleep apnea. Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 1379-1383.
5. Ching-Chi L, Kun-Wu T, Pei-Jan C. The relationship between sleep apnea syndrome and hypothyroidism. Chest 1992; 102: 1663-1667.

Prevalencia de caries a los 6 y 12 años en la zona de salud de Burela (Lugo)

Sr. Director: La relevancia de la caries como problema de salud y su buena respuesta a medidas preventivas destaca la importancia de los programas de salud bucodental infantil en atención primaria. El objetivo de este trabajo ha sido conocer la magnitud del problema en nuestra área de salud y servir de referencia para la evaluación de las medidas preventivas existentes.

Material y método

Estudio de prevalencia sobre el conjunto de escolares de 6 y 12 años de la zona de salud de Burela, en la costa de la provincia de Lugo, con una población asignada de 31.424 habitantes agrupados en 527 entidades de población que se extienden en una superficie de 461 km².

La exploración bucodental se realizó en los centros escolares siguiendo la normativa de la OMS. Los índices de caries empleados fueron: prevalencia de caries, CAOD, CAOS, co y cos.

Resultados

De un total de 563 alumnos, un 73,71% (n = 415) participó en el estudio, de los que 211 eran niñas (50,84%), habitando la mayoría (66,26%) en núcleos de más de 8.000 habitantes. A los 6 años un 52% de los niños no tenía caries, frente a un 29,7% a los 12 años. Los índices CAOD, CAOS, co y cos según edad, sexo y hábitat se resumen en la tabla 1. Estos índices deben su valor en gran medida al componente «caries». A los 6 años, los niños de núcleos de menos de 8.000 habitantes presentan más piezas deciduas cariadas, circunstancia que se mantiene a los 12 años. Los niños de 6 años presentan más superficies afectadas en dentición temporal que las niñas. A los 12 años, los residentes en

poblaciones de menos de 8.000 habitantes se encuentran más afectados y más severamente que sus compañeros de poblaciones de mayor tamaño (tabla 1).

Discusión

Al igual que en otras áreas sanitarias¹, la caries es el problema de salud más frecuente en nuestra población escolar, aunque cumple los objetivos marcados por la OMS para el año 2000. La prevalencia de caries a los 6 años es superior a los valores hallados tanto para Galicia como para la provincia de Lugo², aunque concuerda con el 48,5% descrito para núcleos de menos de 10.000 habitantes. A los 12 años, la prevalencia de caries es ligeramente superior a lo estimado en 1995² y a la mayoría de los estudios revisados^{1,3,4}. No se observan diferencias significativas entre sexos, aunque las niñas tienden a presentar más caries^{1,2,4}.

Los índices CAOD y cod a los 6 años mantienen valores bajos, y a los 12 el índice CAOD muestra valores inferiores a los de otras áreas españolas⁵, aunque es superior al descrito para Galicia² o Cataluña^{1,3}. No obstante, el CAOD a los 12 años en el área de salud puede ser considerado como «ba-

TABLA 1. Indicadores de caries y sus índices parciales

Edad	CAO	C	A	O	co	c	o	CAOS	CS	AS	OS	cos	cs	os
6														
T	0,12	0,1	0	0,06	2,03	1,62	0,41	0,12	0,11	0	0,02	3,58	2,94	0,63
M	0,11	0,09	0	0,02	2,37	1,98	0,38	0,12	0,10	0	0,02	4,48*	3,81*	0,67
F	0,13	0,12	0	0,01	1,65	1,22	0,43	0,13	0,12	0	0,01	2,55*	1,97*	0,59
R	0,10	0,08	0	0,02	2,76	2,30*	0,46	0,095	0,08	0	0,02	5	4,24	0,76
U	0,13	0,11	0	0,002	1,68	1,30*	0,17	0,14	0,12	0	0,02	2,90	2,33	0,57
12														
T	1,77	1,15	0,04	0,57	0,98	0,85	0,13	2,62	1,53	0,23	0,87	2,03	1,79	0,24
M	1,63	1,23	0,04	0,36*	1,18	0,98	0,2	2,47	1,75	0,20	0,52	2,64	2,28	0,36
F	1,88	1,08	0,05	0,75*	0,82	0,74	0,08	2,75	1,34	0,25	1,16	1,51	1,38	0,13
R	1,86	1,32	0,04	0,49	1,56*	1,39*	0,17	2,66	1,66	0,19	0,81	3,43*	3,13*	0,3
U	1,72	1,06	0,05	0,61	0,67*	0,56*	0,11	2,60	1,45	0,25	0,90	1,27*	1,06*	0,2

*p < 0,05.

T: total; M: masculino; F: femenino; R: < 8.000 habitantes, y U: > 8.000 habitantes.

jo»⁶. Los valores alcanzados por los índices CAOS y cos se comparan favorablemente con los descritos para otras áreas españolas. En cuanto a diferencias sexuales, se ha descrito un CAOS y cos a los 12 años notablemente superior entre las niñas. En dentición temporal, se observa una mayor severidad de la afección entre el sexo femenino a los 6 años. A los 12 años la influencia del sexo desaparece, para ser el tamaño del núcleo de población el que introduce diferencias significativas en la distribución y severidad de la enfermedad. En nuestro estudio, al igual que en otros^{2,3,5,6}, predomina el componente «caries» del índice, aunque existen poblaciones donde predomina la enfermedad ya tratada^{1,4}. Las niñas tienen más caries¹ y también más obturaciones, lo que es significativo en dentición permanente y se ha atribuido a mayor precocidad en la erupción dentaria, que implicaría una exposición más prolongada a agentes cariogénos^{1,5}.

Los resultados obtenidos reflejan una población escolar con gran afección por la caries dental que, a pesar de cumplir con cierta holgura los objetivos marcados para el año 2000, se encuentra muy alejada de las zonas de salud con mejores resultados en el conjunto de España.

Agradecimientos

A los directores y claustro de profesores de los centros educativos de la zona de salud de Burela por su colaboración en este estudio. Este proyecto ha sido financiado por el Servicio Galego de Saúde con la beca PGIDT99SAN07 del programa de I+D de Galicia.

**P. Varela-Centelles^{a,b},
J. Seoane^b, M. Oroza
Ballesteros^a, A. Aguado^b,
J.M. Suárez Quintanilla^b
y L.F. Fontao Valcárcel^a**

^aCentro de Salud de Burela. Gerencia de Atención Primaria. Lugo. ^bDepartamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

1. Dolado I, Casañas P, Nebot M, Manau C. Prevalencia de caries y factores asociados en escolares de 12 años de Barcelona. *Aten Primaria* 1996; 16: 111-115.
2. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade y Servicios Sociais. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Bucodental. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1996.
3. Cuenca E, Batalla J, Manau C, Taberner JL, Salleras L. Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña. 1.^a Parte. *Arch Odontostomatol Prev Comunit* 1992; 4: 1-6.
4. Fuentes García S, Gutiérrez González C. Caries dental en una población escolar con programa de enjuagues periódicos de fluoruro sódico. *Aten Primaria* 1995; 16: 417-422.
5. Cuenca E, Canela J, Salleras L. Prevalença de càries dental a la població escolar de Catalunya. *Salut Catalunya* 1988; 2: 60-63.
6. Cuenca E. La encuesta de la OMS sobre salud bucodental en España: una aproximación personal. *Arch Odontostomatol* 1986; 2: 15-22.

Fe de errores

En las V Jornadas de Residentes de la semFYC, publicadas en el volumen 28 número 8, correspondiente al 15 de mayo (pág. 602), en la comunicación titulada: «Amebiasis: a propósito de un caso» se omitió como coautores al Dr. F.J. Espino Rodríguez y al Dr. J.A. Fernández Cuevas, del Centro de Salud El Greco en Getafe (Madrid).