

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "JULIO ANTONIO MELLA"

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL EN ADOLESCENTES Y SUS PADRES

Dra. Ana Elena Cantillo García ¹, Dra. Nancy Elías Sierra ², Lic. Yarixza Rodríguez Garbey.³

- 1 *Máster en Urgencia Estomatológica. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.*
- 2 *Máster en Urgencia Estomatológica. Especialista de II Grado en Periodontología.*
- 3 *Licenciada en Tecnología de la Salud, perfil Atención Estomatológica. Instructor.*

RESUMEN

Se realiza un estudio en la Escuela de Arte "Regino Eladio Boti" en el período octubre de 2009 - abril de 2010, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre prevención de urgencias por caries y grado de preparación que posee el equipo de salud estomatológico y padres o madres para asumir su preparación. La muestra está representada por 30 adolescentes, 30 padres y 10 profesionales de servicios estomatológicos. En el estudio predomina el sexo femenino y el grupo de edad de 11 a 12 años, existe bajo nivel de conocimiento de los adolescentes sobre caries dental. El personal estomatológico tiene adecuado nivel de conocimiento sobre las urgencias provocadas por caries. Los padres de los adolescentes presentan conocimientos sobre la enfermedad y existencia de los servicios para urgencias estomatológicas. Se recomienda implementar acciones educativas dirigidas a la prevención de urgencias por caries en adolescentes con participación familiar.

Palabras clave: adolescentes, padres, caries dental.

INTRODUCCIÓN

La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad funcional que permiten los factores sociales en los cuales vive inmerso el hombre y la colectividad. La salud bucal es parte integrante de la salud en general. Un individuo con presencia activa de enfermedad no puede considerarse completamente sano. El estado de salud de la población es un reflejo del desarrollo material y espiritual de una sociedad.¹

Numerosos investigadores han propuesto diversas teorías sobre el origen de la caries dental; la más aceptada es la teoría acidógena en la cual Miller formula su hipótesis: La caries dental es un proceso quimioparasitario consistente en dos etapas, la descalcificación del esmalte, que da por resultado su destrucción total, y la descalcificación de la dentina como etapa preliminar, seguida por la disolución del residuo reblandecido. El ácido que lleva a cabo esta descalcificación deriva de la fermentación de almidones y azúcares alojados en las partes retentivas de los dientes. Esta teoría más tarde se denominó teoría químico-parasitaria, con la conclusión de que los ácidos son los iniciadores de la desmineralización de la matriz inorgánica del esmalte y, luego, se destruye la matriz orgánica por acción enzimática de las bacterias.²

El tan popularmente conocido *dolor de muelas* es probablemente la causa más frecuente de dolor en la región facial, causado en la mayoría de los casos por la presencia de pulpitis aguda. Suele manifestarse como un dolor intenso y punzante, que aparece en respuesta a estímulos como los alimentos fríos, calientes o dulces. Cuando la inflamación progresa puede causar una infección dental, en principio localizada en el canal pulpar; si no se trata adecuadamente se extenderá por los alrededores de la pieza dental causante e, incluso, más allá, por lo que el dolor entonces será intenso y continuo, con aumento definido si se presiona dicha pieza.³

Se plantea que el dolor dental es uno de los fenómenos menos soportables y más inoportunos. El primer paradigma que se debe romper frente al mismo, es el de creer que es producido únicamente por caries o enfermedad periodontal, pues este fenómeno también se origina como resultado de trastornos humorales, bioquímicos, hormonales, físicos o traumáticos del organismo, así como por trastorno dental que afecte el equilibrio orgánico general.⁴

Las caries dentales son una enfermedad que ha ido en aumento en nuestro entorno, así lo demuestran distintos estudios epidemiológicos. La misma tiende a agruparse en determinados grupos de la población

que se han denominado población de riesgo. El cambio cuantitativo en la enfermedad, también ha producido cambios cualitativos en cuanto a: tipo, extensión y localización de las lesiones de caries.⁵

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene razones ecológicas y sociales, una gran diversidad de riesgos y, por ende, una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos.⁶

La sacarosa constituye el azúcar más cariogénico, más aún si está contenida en forma de caramelo pegajoso, no obstante, no todos los azúcares sufren esta conversión en el mismo grado, por lo que algunos de ellos como el sorbitol, son usados en golosinas calificadas "sin azúcar" por inducir menos caries que el resto; otros de los factores son: mala higiene dental, insuficiente cantidad de flúor en el agua y predisposición individual.⁷

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud, surgió precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento, tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. Todas las acciones de promoción y prevención deben dirigirse hacia el control de los riesgos.⁸

En el plano individual la determinación de riesgo de caries permite establecer un pronóstico que posibilita planificar tanto los tratamientos preventivos como los curativos. En el ámbito comunitario la identificación del riesgo de caries permite establecer programas preventivos especiales encaminados, fundamentalmente, a pacientes con alto riesgo.^{9,10}

Hasta aproximadamente la primera mitad de la década de los 80's la mayoría de los estudios consideraban un solo factor o una sola categoría de factores a la vez, sin tener en cuenta la etiología multifactorial de la caries dental. Posteriormente, la situación fue corrigiéndose por la inclusión de diferentes categorías en un modelo de predicción y por la adopción de diseños longitudinales y análisis estadísticos más apropiados.¹¹

Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos. Ellos no actúan aisladamente sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalece en gran

medida su nocivo efecto para la salud y los mismos pueden ser, tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud.¹²

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todas las etapas de la vida. Los niños de 5 a 14 años pertenecen al grupo de edad que menos acude a la consulta de urgencia, sin embargo, se encuentran en ellos con frecuencia problemas de salud bucal, donde se hace difícil la prevención y el tratamiento por la corta edad.¹³ Algunos autores han realizado estudios para la identificación de niños, con alto riesgo de caries dental.^{9, 10,13}

En Cuba las caries dentales afectan a más del 90 % de la población y la tendencia de esta enfermedad en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito por autores de otros países, observándose un incremento notable a medida que aumenta la edad de las personas.^{14,12}

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal en la Escuela de Arte "Regino Eladio Boti" en el período octubre de 2009 a abril de 2010, para determinar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre la prevención de urgencias por caries y el grado de preparación que presenta el equipo de salud estomatológico y padres o madres para asumir su preparación.

El universo está compuesto por 53 adolescentes del 7mo. grado que acudieron a los servicios de urgencias estomatológicas debido a urgencias por caries de dicho centro. La muestra se selecciona con el establecimiento de tres estratos, de los cuales se seleccionan los 10 primeros clasificados en cada estrato. Se obtiene una representación de 30 adolescentes. De esta misma manera se selecciona una muestra de padre o madre de cada adolescente para un total de 30 padres y finalmente se identifica a 10 profesionales de servicios estomatológicos para la realización del estudio, de los 12 con que cuenta el área de salud "4 de abril", lugar donde se atienden los adolescentes de la escuela objeto de estudio.

Se estudian aspectos, tales como: sexo, grupo de edad, evaluación de grupo focal en adolescentes, en equipo de salud estomatológica y en padres de los adolescentes.

El dato primario proviene de la aplicación de diversos instrumentos implementados a través de la técnica de grupos focales, para lo cual el equipo investigador elabora guías de grupos focales con 8 preguntas

cada una. Para la evaluación de los grupos focales se establecen puntajes según grado de positividad de las respuestas emitidas.

Los datos se procesan por un equipo de investigadores con la aplicación de métodos de análisis y síntesis para llegar a conclusiones del fenómeno estudiado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Prevaleció el sexo femenino con el 70 % del total; el 30 % correspondió a los adolescentes del sexo masculino (Ver Tabla 1).

El grupo de edad de más representación fue el de 11 a 12 años con el 76.7 % (Tabla 2); este dato está relacionado con que la presente investigación se realizó en un grupo de adolescentes pertenecientes a la enseñanza secundaria, específicamente el 7mo. grado, datos que coinciden con la edad cronológica que deben tener estos estudiantes en este grado escolar. Resultan preocupantes las condiciones biológicas, psicológicas y sociales asociadas al incremento de la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades o desviaciones de la salud en esta etapa de vida.

La Tabla 3 muestra los resultados alcanzados en la evaluación del grupo focal realizado a los adolescentes, donde el 16.7 % respondió en la clasificación de Bien, alcanzando valores de 85 a 100 puntos, con posibilidad de responder entre 6 y 8 elementos de forma positiva. El 13.33 % de la muestra se evaluó, según clave, de Regular, comportándose los valores cognitivos entre 4 a 5 elementos respondidos de manera positiva. Es importante destacar que un número tan significativo como el 70 % de los adolescentes tuvo evaluadas sus respuestas de Mal, al responder solamente de manera positiva 3 o inferior número de respuestas.

Los adolescentes conocen la caries dental, han escuchado hablar frecuentemente de ella y expresar extraverbalmente temor por el dolor que producen las caries, comentan entre ellos que duelen mucho los tratamientos estomatológicos y que les molesta el ruido de las máquinas que se usan. Desconocen que es contagiosa y algunos creen que no se cura. En sentido general, saben que hay que acudir a consultas aunque no lo hacen. Todos refieren haber tenido alguna vez un episodio de dolor dental, sin embargo, acuden al facultativo cuando están en crisis de severidad aguda. Este fenómeno se correlaciona con resultados similares en edades tempranas tal es el caso de la Dra. Beatriz Bravo Seijas en su estudio; se coincide en el tema de que los pacientes que

acuden a consultas de urgencia requieren el servicio más de una vez, con predominio del sexo masculino.¹⁵

Por otra parte los adolescentes consideran que es más fácil "extraer la pieza" aunque la minoría expresa que salvarla es lo ideal. Refieren no acudir periódicamente al chequeo dental y admiten que es muy complejo y desagradable tener enfermos los dientes.

Evaluación: Mal (Bajo nivel de percepción de los riesgos a causa de la caries dental). Puntaje 59 %.

La Tabla 4 expone el comportamiento de la evaluación realizada a través del grupo focal al equipo de salud, en la que se muestran altos índices de respuestas acertadas y se alcanza el 90 % con respuestas evaluadas de bien. Este hecho no se relaciona con la transmisión de estos conocimientos a los adolescentes. Dicho fenómeno muestra que no siempre conocimiento y conciencia, en este caso labores de promoción de salud ante un problema de salud, están íntimamente relacionados.

El punto de partida de toda gestión de calidad consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.¹⁶

Así, si se admite que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas, "se debe medir la calidad de mi servicio en forma realista". Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos, según sea el caso, para ello se deben establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio.¹⁷

La aplicación del pensamiento martiano: *la mejor medicina no es la que cura sino la que previene* hace espacio ante tal situación; la estrategia ideal es prevenir; para esto se debe educar a las comunidades a fin de que se creen hábitos sanos de salud.¹⁸

En odontología el adolescente puede desconcertar con actitudes propias de su proceso de cambio: a veces infantil, otras adulto, en ocasiones callado. Por tanto, el profesional deberá mostrarse comprensivo y en la plena capacidad de trabajar con ellos.¹⁹ La adolescencia constituye el período de la vida en que de acuerdo a los indicadores clásicos de salud y enfermedad se es más saludable. Es, por lo tanto, una etapa en que las demandas de servicios curativos son relativamente inferiores a otros períodos de la vida, lo cual debe facilitar la reorientación de los servicios con énfasis en la promoción y educación para la salud.¹⁹

Evaluación: Bien (Adecuado nivel de conocimientos sobre las urgencias provocadas por caries y su comportamiento en la provincia así como las terapias indicadas en cada caso). Puntaje 95 %.

En la Tabla 5 se muestran los valores alcanzados en la evaluación del grupo focal de los padres y/o madres en el que prevaleció el 56.7 % de positividad en las respuestas. En este grupo focal se obtuvo como resultado que tienen conocimientos sobre la enfermedad, así como de la existencia de los servicios para atención estomatológica y de urgencias. Muchos desconocen los daños ulteriores provocados por las caries aunque conceden importancia a la atención y orientación de los adolescentes.

Evaluación: Regular (tienen conocimientos sobre la enfermedad la existencia de los servicios para atención de urgencias estomatológica. Muchos desconocen los daños ulteriores provocados por las caries). Puntaje 75 %.

Se considera que el adolescente tiene que estar consciente de las normas y principios de la familia. Las prohibiciones son absurdas y fatales, por ello, antes de decir no, hay que pensarlo bien primero, porque los cambios de decisiones son muy perjudiciales y, en segundo lugar, porque ese no siempre debe tener una explicación lógica. No se debe decir no, sin que no medie un análisis y siempre darles una explicación.

Debemos lograr que prevalezca aquella máxima de que...yo confío en ti y tú no puedes defraudarme. Establecer control, que ellos sepan que existen normas y control, incluso se pueden chequear de lejos o, sea, una confianza pero con vigilancia, por supuesto, sin llegar a humillarlos delante de los demás y, para ello, se debe brindarles seguridad para que puedan ir ganando en independencia y puedan pasar esta etapa de la vida con calidad y sobre todo preparándolos para el futuro.

La técnica de grupos focales empleada, en sentido general, aportó nuevos elementos y se comprobó que dentro del grupo de estudio:

- La mayoría tenía un pobre conocimiento de lo que significa salud bucal.
- Algunos consideraban importante mantener la higiene bucal pero no la practicaban.
- Un número considerable cepillaba sus dientes una o dos veces al día y, a pesar de que reconocen que debe ser después de ingerir alimentos, lo realizan antes de ellos como el caso del cepillado matutino.

- Algunos consideran que hay hábitos que dañan la salud bucal, pero sólo identificaban entre ellos al tabaquismo y alcoholismo.
- Un alto número creía que no hay relación entre algunos alimentos que se ingieren y el inicio de caries e inflamación de las encías.
- Algunos consideraban que era importante acudir al estomatólogo, pero sólo cuando hay problemas como dolores.

CONCLUSIONES

1. La muestra estuvo compuesta por mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino que del sexo masculino y el grupo de edad más representativo fue el de 11 a 12 años.
2. Existe un bajo nivel de conocimientos de los adolescentes sobre caries dentales.
3. El personal estomatológico tiene adecuado nivel de conocimientos sobre las urgencias provocadas por caries y su comportamiento en la provincia, así como las terapias indicadas en cada caso.
4. Los padres de los adolescentes tienen conocimientos sobre la enfermedad, la existencia de los servicios para atención de urgencias estomatológica. Muchos desconocen los daños ulteriores provocados por las caries.

RECOMENDACIONES

1. Elaborar e implementar acciones educativas dirigidas a la prevención de urgencias por caries en adolescentes con la participación de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Material de Apoyo. Estomatología Social IV. Historia de Salud Bucal Familiar. 2007.
2. Jaén FR. Mecanismos del Dolor Orofacial. Rev Odontol. 2001; 19(1): 32-36.
3. García de Valente M. Alteraciones bucales en pacientes con trastornos en la alimentación. Asoc Argent Odontol P Niños. 2007; 28(4): 3.
4. Rivero López A, Cantillo Estrada, Gispert Abreus E, Jiménez Arrechea JÁ. Relación de la experiencia anterior con la posterior

- actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev Cubana Estomatol. 2009; 37 (3):162-5.
5. Sukugawa F. Factores de Riesgo para enfermedades dentales. 2009.
 6. Lamas-Oliveira M, Gil-Glez FJ, Glez-Sáenz AM. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profest Dent. 2005; (2):31-40.
 7. Guías Prácticas Clínicas de Caries Dental. 2009.
 8. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol. 2007; 34(1).
 9. Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol. 2008; 39 (2): 111 – 119.
 10. González MC, Gómez SS. Experiencia de caries en molares temporales, como predictor de la experiencia de caries en el primer molar (abstract). Rev FAC Odontol Univ Valparaíso; 2(6):460-466. 2007
 11. McDonald R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ªed. Barcelona: Editorial Panamericana; 2005.
 12. Universidad de La Habana. Facultad de Estomatología. Estomatología General Integral. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2005.
 13. Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal de la población cubana. Rev Cubana Estomatol. 2007.
 14. Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2008.
 15. Caballo VE, Simón MA. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Madrid: Pirámide; 2007.
 16. paidopsiquiatria.com[internet]. Díaz Atienza I. Trastornos de conducta. [citado 24 jun 2004]. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/TC.htm>

17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Carpeta metodológica. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2005.
18. Valderrama Zurián JC. Purificación de Vicente Manzanaro M. Unidad de Conductas Adictivas. Área 16 y 18. Valenciana, Alicante : Consejería de Sanidad. Generalidad; Agosto 2005.
19. Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Sex Soc. 2006; 2(4):2-6. 2006

Tabla 1. Sexo.

SEXO	No.	%
Masculino	9	30
Femenino	21	70
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100</i>

Tabla 2. Grupos de edades.

GRUPO DE EDADES	No.	%
11 - 12	23	76.7
13 - 14	7	23.3
14 - 15	-	-
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100</i>

Tabla 3. Evaluación del grupo focal en adolescentes.

RANGO	No.	%
Bien	5	16.7
Regular	4	13.33
Mal	21	70

Tabla 4. Evaluación del grupo focal en personal del equipo de salud estomatológica.

RANGO	No.	%
Bien	9	90
Regular	1	10
Mal	-	-

Tabla 5. Evaluación del grupo focal en padre y/o madre.

RANGO	No.	%
Bien	7	23,3
Regular	17	56.7
Mal	6	20