

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**CONSIDERACIONES CLÍNICAS-EPIDEMIOLOGICAS DE LA CARIES
DENTAL EN LA POBLACION DE 18-34 AÑOS DE LA PARROQUIA
SANTA LUCIA. REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.**

Autora: Dra. Yelennis Sánchez Claro.

Año 2017

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**CONSIDERACIONES CLÍNICAS-EPIDEMIOLOGICAS DE LA CARIES DENTAL
EN LA POBLACION DE 18-34 AÑOS DE LA PARROQUIA SANTA LUCIA.
REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.**

**(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología
General Integral).**

Autor(a): Dra. Yelennis Sánchez Claro.

Residente de Estomatología General Integral.

Institución de procedencia: Policlínico Comunitario Camilo Cienfuegos

Tutora: Dra. Maylen Bode Brito

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Profesor Auxiliar

Institución de procedencia: Clínica Estomatológica Docente de Santi Spiritus

Asesora: Dra. Olga Liz Fernández González

Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral

Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica.

Máster en Medicina Bioenergética y Natural.

Profesor Auxiliar.

**Institución de procedencia: Policlínico Docente Comunitario Raúl Ortiz, Ciro
Redondo.**

Año 2017

PENSAMIENTO

... Para ser médico se requiere una sensibilidad exquisita, una gran calidad humana, gran capacidad intelectual y una moral a toda prueba.

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

- **A mi hijo: quien es para mí la máxima expresión de amor y ternura, mi inspiración y mi deseo de vivir.**
- **A mis padres: por sus sacrificios sin límite y por la confianza que siempre han depositado en mí.**
- **A mi esposo: por estar siempre a mi lado, por su ayuda y comprensión.**
- **A mi hermana: por su apoyo para mi superación profesional.**

AGRADECIMIENTOS

- **A mi madre quien con gran esfuerzo, amor y dedicación ha puesto todo su empeño para mi formación como profesional y que además ha hecho un enorme sacrificio para que yo pueda cumplir con esta misión internacionalista.**
- **Agradezco de modo muy especial a mi esposo por el apoyo incondicional que me brindo durante todo este tiempo.**
- **A mi querida hermana por estar siempre dispuesta a darme todo su corazón y por el continuo interés con que ha seguido mis estudios.**
- **A mi tutora por brindarme sus conocimientos durante la realización de este estudio.**
- **A mi asesora por su entrega y apoyo para concluir exitosamente este trabajo.**
- **Hago extensivo mi testimonio de gratitud a todas la personas que de una forma u otra contribuyeron a la realización de esta tesis, aunque no cite sus nombres igualmente les estoy agradecida.**

MIL GRACIAS

Dra. Yelennis Sánchez Claro.

ÍNDICE

| | Páginas |
|----------------------------------|---------|
| I – INTRODUCCIÓN | 1 |
| II – MARCO TEÓRICO | 6 |
| III – MATERIALES Y MÉTODO | 16 |
| IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 23 |
| V – CONCLUSIONES | 52 |
| VI – RECOMENDACIONES | 53 |
| VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 54 |
| VIII – ANEXOS | - |

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal para determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de algunas variables relacionadas con la caries dental en la población de 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucía. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. República Bolivariana de Venezuela en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015. En el estudio se encontró una prevalencia de caries dental de 98.75%, siendo el sexo masculino y el grupo de edad de 18-25 años los más afectados. El principal factor de riesgo fue el bajo nivel de conocimiento seguido de la mala higiene bucal, clasificándose más de la mitad de la población como de alto riesgo a padecer caries dental. Casi la totalidad de la muestra fue evaluada de mal y regular en dependencia de sus conocimientos sobre salud bucal siendo las principales necesidades reales de aprendizaje la conducta a seguir ante el sangramiento gingival y ante un accidente y las sentidas la periodicidad de realización de las “limpiezas” y el papel de la pasta dental. Teniendo en cuenta estos resultados se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre salud bucodental para la población objeto de estudio recomendando su implementación conjuntamente con consultas de consejería bucal que permitan elevar la cultura sanitaria de la comunidad.

Palabras clave: CARIES dental / FACTORES de riesgo / NECESIDADES de aprendizaje.

I-INTRODUCCION

Desde los tiempos más remotos el ser humano ha tenido una incesante preocupación por las enfermedades del aparato masticatorio y su reparación. En la época del papiro de Ebers, descubierto en 1875, hasta nuestros días, ha sido incesante el aporte de ideas para explicar la presencia de la enfermedad y los recursos para conjurarla. Las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, convirtiéndose en un reto de la estomatología, su extensión y logro (1,2).

La caries dental constituye la enfermedad más frecuente en la cavidad bucal, siendo la principal causa de pérdidas dentarias, su incremento se ha asociado al desarrollo social y a la variación de los hábitos dietéticos de la población, no obstante los estudios realizados en los últimos años han determinado una tendencia a la disminución fundamentalmente en los menores de 15 años (1-3).

Según la información proveniente del banco de datos sobre enfermedades bucales de la Organización Mundial de la Salud, se ha podido apreciar la existencia de notables diferencias entre las distintas regiones del mundo influyendo factores como: sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente (1).

En los últimos años, la prevalencia de caries dental ha experimentado un notable descenso en países muy desarrollados, sobre todo en escolares, disminución que ha sido de hasta un 50% en Estados Unidos y los países escandinavos; sin embargo, en los países en desarrollo se observa un aumento o estacionamiento de los indicadores de caries dental, debido a un incremento en el consumo de carbohidratos y azúcares, sustitutos de alimentos más nutritivos, pero más encarecidos. Estudios realizados en países de América Latina muestran una elevada prevalencia de la enfermedad, por ejemplo: en Brasil, se revelan porcentajes del 95 % población afectada. En Perú, el 89 % de la población estaba afectada por caries dental en el

2005. En Ecuador un estudio epidemiológico realizado demostró que más del 95 % de los niños estaban afectados por caries. En Cuba, el índice de caries por niño de la década del 70 fue reducido actualmente a la mitad (1,3-5).

La caries dental ha sido y todavía sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno y para la Organización Mundial de la Salud es la tercera calamidad sanitaria, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (6).

Estomatólogos de todos los tiempos han dedicado su quehacer a crear nuevas técnicas terapéuticas que permitan eliminar o al menos disminuir su morbilidad. El desarrollo científico-técnico alcanzado en la estomatología moderna ha permitido establecer que la prevención es una herramienta mucho menos costosa y más eficaz cuando se habla de caries dental. Los factores de riesgo relacionados con la prevalencia de esta enfermedad son muchos, algunos relacionados con el diente, otros con el agente (microorganismo) o con el medio ambiente (sustrato) y todos actuando en un mismo período de tiempo, siendo este último considerado en sí mismo un factor de riesgo según algunos autores (6).

Su tratamiento pasó desde la mezcla de cerveza, aceite y la planta del SA-kil-Bir aplicado sobre el diente, con conjuros, por los asirios hace aproximadamente 1 000 años a.n.e., hasta las más modernas y costosas técnicas terapéuticas empleadas en la actualidad. No obstante el método más efectivo y barato para su tratamiento sigue siendo la prevención de sus factores de riesgo, elementos indispensables para que se produzca la enfermedad (6).

Hoy día la población no tiene todavía conciencia suficiente de su importancia, por no ser una enfermedad mortal. Aunque ha descendido en los países desarrollados, no sucede lo mismo en los menos ricos, lo que ha provocado el interés de los investigadores en estudiar el perfil epidemiológico de la caries dental, así como la prevalencia de la misma (6).

Venezuela es uno de los países de este continente que ha sufrido de la política de los gobiernos al servicio del imperio con una atención privatizada, poniendo mayor énfasis en los aspectos curativos y con una organización de los servicios de atención odontológica deficientes en los sectores más pobres de la población. En 1968 el estudio realizado para la planificación integral de Odontología señala que la región IV (Anzoátegui, Monagas, Nueva Esparta, Sucre, Bolívar) un promedio de 10.51 % dientes afectados por caries en la población. Las investigaciones del Ministerio de Salud Venezolano han reportado que muchas de las actividades odontológicas se relacionan con deterioro de las piezas dentales lo que amerita la extracción, por esa razón se estima que 7 de cada 10 venezolanos mayores de 25 años requiere una prótesis dental, de las personas que requieren asistencia odontológica el 25% corresponde a edéntulos totales (sin ningún diente) (7).

Con la implementación del programa de Barrio Adentro como respuesta a una gran necesidad de las poblaciones se comenzó la labor de los estomatólogos cubanos como embajadores de la salud bucal percatándose de la falta de conocimientos de la población en los aspectos relacionados con la salud bucal y la necesidad de labores educativas y curativas en todos los grupos de edades además del desconocimiento de las autoridades pertinentes del estado de salud bucal real de la población venezolana y de la morbilidad por enfermedades bucodentales como la caries dental

En Venezuela son escasos los estudios realizados con el propósito de conocer el estado de salud bucal en comunidades rurales y suburbanas, ya que prácticamente todos los investigadores han enfocado su atención al estudio en comunidades urbanas (7). En la bibliografía revisada no se han encontrado evidencias de estudios realizados con anterioridad para conocer el estado de salud bucodental y el comportamiento de las enfermedades bucales en la Parroquia Santa Lucía, Estado Zulia. Municipio Maracaibo, por lo que motivados por todo lo anterior y teniendo en cuenta la importancia del conocimiento del comportamiento clínico y epidemiológico de la caries dental como base para el establecimiento de programas preventivos-curativos y estudios más profundos que permitan la disminución de la morbimortalidad por esta patología y el mejoramiento de la calidad de vida de estas

personas se decidió realizar este estudio, que es el primer estudio realizado en esta zona geográfica ,para determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de algunas variables relacionadas con la caries dental en la población de 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de esta Parroquia en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015.

Problema de investigación:

¿Cuál será el comportamiento clínico y epidemiológico de la caries dental en la población de 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. Republica Bolivariana de Venezuela en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015?

Objetivos

General:

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de algunas variables relacionadas con la caries dental en la población de 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. Republica Bolivariana de Venezuela en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015.

Específicos:

1-Determinar la prevalencia de caries dental en la población 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia en el período comprendido para la investigación.

2-Distribuir la población estudiada según:

- Edad y sexo.
- Factores de riesgo de caries dental.

3-Determinar el riesgo individual a caries dental en la población.

4- Determinar el nivel de información de la población objeto de estudio sobre salud bucodental.

- 5-Identificar necesidades de aprendizaje sentidas y reales de la muestra en estudio.
- 6- Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre “Caries dental” para la población objeto de estudio.

II MARCO-TEORICO

Dentro de los problemas de salud de una comunidad se encuentran los relacionados con la salud bucal, los cuales constituyen un componente importante de la salud general, y aún cuando las enfermedades bucales generalmente no hacen peligrar la vida del individuo, devienen un importante problema para la salud pública, ya que tienen una alta incidencia y prevalencia en la población, gran demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por sus repercusiones negativas sobre la calidad de vida de la población (8).

La salud bucodental no depende fundamentalmente de los servicios estomatológicos: se trata más bien de facilitar la selección de alternativas sanas y de inculcar en las personas la facultad de decidir sobre sus propias acciones. Es por estas razones, que el cuidado de la salud debe ser un derecho de hombres y mujeres, desde su nacimiento, hasta la etapa de adulto mayor. La boca es especialmente importante en: la alimentación, la comunicación y la estética. Las enfermedades más frecuentes de dientes y encías son la caries y las periodontopatías, las cuales están estrechamente relacionadas con la presencia de placa dentobacteriana producto de una deficiente higiene bucal (8).

La caries dental sigue siendo en la actualidad una de las enfermedades más prevalentes en la población de la mayoría de los países del orbe. A finales del siglo XIX las caries dentales comenzaron a representar un importante problema de salud y su prevalencia se incrementó a principios del XX, hasta convertirse en un grave problema sanitario en la década de los 50 de la pasada centuria (9,13).

Se conoce que es una enfermedad transmisible que afecta a más del 99% de la población a escala mundial. La probabilidad de desarrollarla y la severidad de las lesiones difieren entre las comunidades, llegando a afectar entre el 60 y 90% de la población escolar y adulta, y son la causa más importante de pérdida dentaria en personas jóvenes. Estudios realizados a principios de la década de 1990 en algunos

países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informaban que entre el 85% y 97% de la población presentaban esta enfermedad. En Colombia, la caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente y sus efectos aumentan en la medida que la edad es mayor. Según el III Estudio de Salud Bucal, el índice COP-D fue estimado en 2,3 para los 12 años, cumpliéndose la meta de 3,0 esperada por la OMS para el año 2000, pero llegando a ser de 5,2 en adolescentes entre los 15 y 19 años. La situación epidemiológica de la enfermedad no es muy diferente en Venezuela al resto de los países. Estudios venezolanos realizados en los últimos 25 años revelaron que la prevalencia de la enfermedad entre los 10 y 12 años era de un 60%, con tendencia a aumentar con la edad hasta valores entre el 80 y 95% (9-13).

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (particularmente la saliva y los dientes), la microflora y el sustrato. Además de estos tres factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo, el cual deberá considerarse en todo estudio acerca de la etiología de la caries. Para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables, es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo (14).

Se considera a la caries dental como un proceso patológico complejo, de origen infeccioso y transmisible, que afecta a las estructuras dentarias, y se caracteriza por un desequilibrio bioquímico que de no ser revertido a favor de los factores de resistencia conduce a cavitación y alteraciones del complejo dentino-pulpar (1, 2).

Para el análisis sistemático entre el aspecto clínico e histológico del estado progresivo de la caries dental, es indispensable conocer e interpretar las características estructurales, físico-químicas y biológicas del tejido adamantino en estado de salud. En la actualidad se conoce que la superficie externa del esmalte está en un constante intercambio iónico con el medio bucal. La saliva le aporta al esmalte de los dientes recién brotados iones de calcio y de fosfatos que permiten

gradualmente incrementar su grado de mineralización y, a la vez, perfeccionar su estructura. Del gran número de bacterias que se encuentran en la cavidad bucal, los microorganismos pertenecientes al género estreptococo, han sido asociados a la caries. Cuando se habla de virulencia de un microorganismo, se está haciendo referencia a su capacidad de producir daño, es decir, generar una enfermedad. Los factores de virulencia son aquellas condiciones o características específicas de cada microorganismo que lo hacen patógeno. Debido a que la caries dental es considerada una enfermedad infecciosa, existiendo numerosos estudios que comprueban la transmisibilidad de este microorganismo entre los humanos y sobre todo entre miembros de una misma familia, es que científicos de todo el mundo se han dedicado a estudiarla (1, 15-17).

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad y, más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos (1).

Los factores de riesgo del ambiente externo pueden ser considerados como asociados con la enfermedad y los factores de riesgo del ambiente interno pueden ser considerados como productores de una enfermedad. Se trata entonces de establecer la relación de los factores de riesgo, externos e internos, los cuales forman un conjunto de factores responsables de la enfermedad en la comunidad y en el individuo (1).

De forma general se puede afirmar que el incremento de la caries dental en la mayoría de los países, guarda relación con la presencia de variados factores que son riesgos para la salud bucal y que se completan en variables biológicas y sociales como son: el bajo nivel económico, la ingestión de dieta cariogénica (consumo de azúcar refinado), el alto nivel de microorganismos cariogénicos y mala higiene bucal. También se ha comprobado que la vida moderna conlleva a una alimentación más rica en carbohidratos, y esto se observa más en poblaciones urbanas. Entre los

factores de riesgo que han sido relacionados con la enfermedad caries dental, se encuentran: alto grado de infección por estreptococos *mutans*, alto grado de infección por lactobacilos, deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido, deficiente capacidad de mineralización, dieta cariogénica, deficiente higiene bucal. Factores sociales, tales como el bajo nivel de ingresos, bajo nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicios de salud, se asocian a mayor probabilidad de caries. También estudios revelan una influencia de factores relacionados con la herencia (1, 18, 19).

La caries puede ocasionar alteración de la estructura dentaria, dolor, pérdida de los dientes, e incluso infecciones sistémicas. Es conocido el hecho de que en una misma edad existen personas muy afectadas por caries, otros menos afectados y otros que permanecen como primariamente sanos, y no siempre estas diferencias obedecen al grado de infección por los estreptococos *mutans*. Es frecuente encontrar personas con un moderado grado de infección por este estreptococo y sin embargo son sanos primariamente. No cabe duda alguna de que existen factores que intervienen y facilitan la agresión en unos casos o interfieren el proceso agresivo en otros, y en estos últimos la resistencia del esmalte desempeña un papel importante (1,2, 18,19). El hecho de que una superficie dental resulte infectada por el estreptococo *mutans* no implica que resultaría afectada por caries en un período de tiempo, pues en este fenómeno intervienen numerosos factores tales como la resistencia del esmalte, la frecuencia y el tipo de dieta, los hábitos higiénicos, las interacciones bacterianas y la influencia de la saliva con sus enzimas antibacterianas, su capacidad inmunológica y su capacidad de remineralización (2,3).

El grado de infección por los estreptococos *Str mutans* en la saliva nos refleja el grado de infección existente en los dientes, en un sentido muy general. Pudiera por lo tanto ser una forma útil de poder determinar la probabilidad de caries en cada sujeto estudiado y puede, a su vez permitir la selección de los sujetos altamente infectados y considerárseles como de mayor riesgo de caries. Sin embargo, al desconocer la distribución intrabucal del microorganismo no es posible señalar que un sujeto con baja infección en saliva este totalmente libre de la probabilidad de

caries. Otro factor de riesgo de caries dental es la infección por lactobasilos, estos se relacionan con la progresión de la lesión cariosa en corona y/o raíz. El alto grado de infección por estos microorganismos se relaciona con elevada actividad de caries y con la elevada ingestión de carbohidratos fermentables. A mayor abundamiento se han aislado en la placa de paciente con abundante caries un número sustancial de Actinomicetes siendo el *A. naeslundii* y el *A. israelii*. Cuando la caries ha penetrado la dentina la flora asociada a la lesión en progreso difiere considerablemente de la placa. Se encuentra una flora mucho más simple formada generalmente por *A. odontolyticus* y lactobasilos también se hayan presentes el *Str. mutans* y *Sanguis*. Los microorganismos capaces de destruir la dentina no solo deben poseer la habilidad de poseer ácidos y sobrevivir a las condiciones acidúricas, sino también de destruir la estructura proteínica de la dentina (1, 7,14).

Se ha podido comprobar que mundialmente la caries dental es especialmente común entre la población marginada y pobre, donde está presente en más del 95 %, demostrando con ello cómo carecen de las condiciones económicas y sociales que garanticen una salud bucal adecuada. También la mayoría de los autores plantean la importancia de la educación de la población sobre temas de salud bucal. El costo de la educación es incomparablemente menor que el costo de la ignorancia. Desde el punto de vista económico, las inversiones para educar son mucho menos costosas que los gastos clínicos y terapéuticos para el tratamiento de las enfermedades. Desde el punto de vista de calidad de vida y bienestar general de la población, prevenir es mejor que curar, y promover salud, mejor que prevenir enfermedades (1, 20).

La finalidad del enfoque de riesgo, es la acción sobre la población en general o en forma específica en los grupos de riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria (21).

La evaluación del riesgo de la caries dental es de mucha importancia dentro de la profesión, muchos predictores han sido usados para identificar el alto riesgo a la

caries dental. Hasta aproximadamente la primera mitad de la década del ochenta, la mayoría de los estudios consideraban un solo factor, o una sola categorías de factores a la vez, no tomando en cuenta la etiología multifactorial de la patología (1,2, 13, 14,21).

La determinación del riesgo de Caries Dental es difícil debido a la existencia de complejas interacciones entre múltiples factores. El riesgo a caries dental cambia a lo largo del tiempo, es decir de la vida de la persona, a medida que cambian los factores de riesgo (18).

Actualmente la capacidad para predecir la caries dental es inexacta, se clasifica el riesgo de forma dicotómica: alto o bajo, utilizando como criterios predictores sólo aquellos que estén disponibles en los servicios estomatológicos, aunque es necesario conocer de la existencia de otros métodos más exactos en la determinación de los microorganismos presentes, del pH salival entre otros (18).

La percepción de la salud oral es considerada como un elemento del bienestar y calidad de vida, teniendo en cuenta que la calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es por lo tanto un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive, como la sociedad, la cultura, y las escalas de valores (1,2).

Una meta básica en la odontología es prevenir el inicio de la enfermedad y su desarrollo posterior. Una manera ideal para cumplir con esta meta sería concentrar la mayoría de los recursos disponibles, sobre aquellos individuos que están más propensos a desarrollar una enfermedad, es decir aquellos en riesgo (1,21).

Para el diagnóstico clínico de esta patología se utilizan los siguientes elementos: anamnesis, observación visual, exploración táctil, examen radiográfico, transiluminación y sustancias detectoras de caries (18).

La lucha contra los efectos de la caries dental exige la realización de acciones de salud de tipo educativas, de promoción, prevención y de rehabilitación y mantener un pezquizaje permanente y un control de la población de riesgo y de enfermos (1).

Las poblaciones se han ido sensibilizando con las necesidades de mantener sus dientes e incluso mantenerlo sanos, pero la filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la estomatología su extensión y logro. Para esto se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprenda que lo más importante no es tratar a los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad; que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan salud bucodental (9, 14,22).

A la educación para la salud como estrategia en la promoción de salud ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta; parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en un mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. Fue definida por la OMS como ``la encargada de promover, organizar, orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad `` (14,22).

También ha sido definida como ``el proceso de facilitar el aprendizaje para permitir a las audiencias tomar decisiones racionales e informadas e influir en su comportamiento. Se puede realizar mediante el sector formal, es decir, incluyendo los conocimientos de salud en el currículo de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como organizaciones sociales y de masa, cooperativas campesinas, sindicatos, clubes de adolescentes y redes de apoyo social entre otros ``. Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud es conocer las actitudes, porque es sobre la base de estas que se logran las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental

la motivación que alcance desarrollar en los individuos y poblaciones, y sobre la que se debe sustentar el trabajo (14,22).

Las acciones de educación para la salud se deben realizar en todas las unidades y niveles de atención y en la comunidad, por todos los profesionales y técnicos. Las técnicas educativas y medios de enseñanzas a emplear para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad a las que estarán dirigidas y sus características. Los temas se seleccionaran de acuerdo con el análisis de la situación de salud realizada, en el que se identifican la condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades. La calidad en las actividades de promoción de salud garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida (9, 14,22 ,23).

Muchos autores plantean que la motivación para la Educación para la Salud como Estrategia en la Promoción de Salud es ya una realidad entre Estomatólogos y Técnicos de Atención estomatológica (TAE). Los medios de enseñanza, muchos creados por el personal de salud vienen en ayuda de los educadores, esta bella tarea de enviar mensajes que refuercen actitudes, si estas son correctas y lleven al individuo, la familia y/o la comunidad a recorrer ellos mismos lo orientado por los educadores: el camino del cambio de actitud hacia una positiva y la detección de sus necesidades buscando junto soluciones (14,22, 24).

El servicio de salud para todos engendra excesiva confianza, asociado a la idealización del medico y del estomatólogo y la tendencia de los individuos a continuar depositando la responsabilidad de su propia salud. El personal a cargo de la educación para la salud de los no puede olvidar que constituye un complejo proceso que demanda el esfuerzo activo de todos, pero especialmente del grupo de salud por su influencia como orientador en la comunidad y su directa interrelación con la población (9, 14, 25,26).

En la literatura consultada a menudo se expresa la idea de que los sujetos pueden ser creadores de su propia salud, trasladando la responsabilidad social hacia los individuos, si bien esto es de vital importancia, los defensores de estas ideas pasan por alto el hecho de que los fenómenos sociales relacionados con las condiciones de

vida en última instancia, pueden determinar la actitud asumida por los individuos, familias o grupos en relación con su salud (1).

La comprensión dialéctica de este fenómeno, incluye el análisis de los momentos objetivos y subjetivos. Por eso este fenómeno es de competencia política y está vinculado a las transformaciones sociales que hacen efectiva la participación de la comunidad en la adopción de las decisiones en materia de salud y las transformaciones económicas que permiten el mejoramiento de las condiciones de vida (1,27).

El objetivo fundamental de la salud en la nueva Republica Bolivariana de Venezuela y en otros países que tienen en desarrollo la medicina comunitaria, es tener como fin promover salud y prevenir enfermedades. Por tal motivo, se hace indispensable la vinculación de los individuos con los medios que permitan cultivar en sus conocimientos lo importante que es tener presente los diferentes factores riesgo, para que puedan reconocerlos como factores propiciadores en la aparición y desarrollo de la caries dental (1,28-30).

La educación es de vital importancia para prevenir la aparición de la caries dental, lo que permite el mejoramiento de la calidad de vida de la población. En general, es necesario continuar perfeccionando la actividad preventiva en grupos de población llamados vulnerables, que por sus características sociales se ha podido comprobar que son los más propensos en adquirir la enfermedad de la caries dental. Esto se puede alcanzar mediante la implementación de técnicas afectivas participativas, o sea, aplicando la tecnociencia, para formar en ellos una determinada cultura de salud que abarque todos los aspectos de la vida, porque a medida que su papel sea más eficiente así como el trabajo de los médicos y estomatólogos, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de esta patología, para mejorar la calidad de la existencia del hombre como valor supremo.

III-MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación observacional , descriptiva, transversal para determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de algunas variables relacionadas con la caries dental en la población de 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. República Bolivariana de Venezuela en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015.

El universo de estudio estuvo constituido por toda la población de 18-34 años de la Parroquia Santa Lucia atendida en el departamento de Estomatología entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015 (N= 321), quedando constituida la muestra por los 206 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio.

Criterios de inclusión

- Tener entre 18 y 34 años de edad.
- Tener diagnóstico de caries dental activa.
- Ser atendido en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015.
- Estar dispuesto a participar en el estudio (Anexo 1).

Criterios de exclusión

- Tener menos de 18 años o más de 34 años de edad.
- Ser atendido en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia antes del 1º de Octubre del 2013 o después del 31 de Agosto del 2015.
- Pacientes que no quieran participar en la investigación.
- No presentar diagnóstico de caries dental activa.
- Ser desdentado total.

Criterios de salida

- No querer continuar en el estudio.

Todos los pacientes fueron evaluados en consulta por un Estomatólogo Residente en Estomatología General Integral utilizando luz artificial, espejo, pinza, explorador, tabletas de placDENT y vasos plásticos desechables con medidas. Los datos para el estudio se tomaron del examen bucal, el interrogatorio, los resultados obtenidos del control de placa dentobacteriana, la prueba de flujo salival y de la encuesta de conocimientos aplicada a cada paciente, conformándose con todos ellos una planilla de datos primarios (Anexo 2) la cual fue confeccionada en correspondencia con los objetivos de la investigación, validada por expertos y probada en un pilotaje de 10 individuos al azar. Los datos fueron recogidos sólo por el autor de la investigación para evitar algún tipo de sesgo en la recolección de la información.

Operacionalización de las variables

| VARIABLE | TIPO | DEFINICIÓN | ESCALA | INDICADOR |
|---|--------------------------------|---|---------------------------|----------------------|
| Prevalencia de caries dental en la población 18-34 años | Variable cuantitativa continua | Se calculará teniendo en cuenta la siguiente fórmula: $\frac{\text{No. pacientes con caries dental}}{10^n} \times \text{No. Pacientes de 18-34 años examinados}$ | Presentan No presentan | Porcentaje |
| Edad. | Cuantitativa discreta. | Se consideró en años cumplidos en el momento de ser atendido en el departamento de | 18 -25 26-34 | Número y porcentaje. |

| | | Estomatología | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|--|---------------------|
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica. | Según el sexo biológico. | Femenino Masculino | Número y porcentaje |
| Factores de riesgo de caries dental | Cualitativa nominal politómica | Se evaluaron los factores de riesgo establecidos en las Guías Prácticas de Estomatología (18) y descritos en el Anexo 3. | 1-Experiencia anterior de caries dental 2-Cepillado dental incorrecto. 3-Mala higiene bucal. 4-Flujo salival escaso. 5-Dieta cariogénica. 6-Saliva viscosa. 7-Apiñamiento dentario moderado o severo. 8-Anomalías del esmalte. 9-Recesión gingival. 10-Enfermedad periodontal. 11-Hábitos nocivos. 12-Uso de aparatología | Número y porcentaje |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>ortodónica y/o protésica</p> <p>13-Bajo nivel de conocimientos en educación para la salud.</p> <p>14-Bajo nivel de ingreso</p> <p>15-Bajo nivel de instrucción</p> <p>16-Enfermedades sistémicas</p> <p>17-Discapacidad física y/o mental</p> <p>18-Embarazo.</p> <p>19-Otros factores de riesgo.</p> <p>17 Sin Factores de riesgo</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|
| <p>Riesgo individual a caries</p> | <p>Cualitativa nominal dicotómica</p> | <p>Se evaluó teniendo en cuenta la escala para la determinación de los riesgos individuales establecida en las Guías Prácticas de Estomatología (18) y descrita en el Anexo 4. Se evaluaron los siguientes criterios: Alto riesgo: puntuación >0. Bajo riesgo: puntuación <0.</p> | <p>Alto riesgo. Bajo riesgo.</p> | <p>Número y porcentaje</p> |
| <p>Nivel de información sobre salud bucodental</p> | <p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p> | <p>Se evaluó teniendo en cuenta los resultados de la Encuesta de conocimiento sobre salud bucodental establecida en el PNAEIP (24)(Anexo 5), teniendo en cuenta los siguientes criterios : Bien: si respondió</p> | <p>Bien Regular Mal</p> | <p>Número y porcentaje</p> |

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|--|---------------------|
| | | de 16 a 23 preguntas correctamente Regular: si respondió de 8 a 15 preguntas correctamente Mal: si respondió de 0a 7 preguntas correctamente | | |
| Necesidades reales de aprendizaje: | | Se consideraron las necesidades diagnosticadas a través del examen bucal y la encuesta de conocimiento (Anexo 5) realizada a la población. | | Número y Por ciento |
| Necesidades sentidas de aprendizaje | Cualitativa nominal politómica | Se consideraron todos los criterios expuestos por la muestra acerca de lo que quieren saber sobre salud bucal y estomatología. | | Número y Por ciento |

Para dar salida al objetivo 5: Diseñar una propuesta de estrategia educativa sobre “Caries dental” para la población objeto de estudio se propone

Desarrollar una Estrategia Educativa para proveer a la población de 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. Republica Bolivariana de Venezuela de conocimientos sobre la temática de caries dental lo cual garantizará su bienestar y su calidad de vida. La misma cuenta con 6 sesiones de trabajo las cuales se deben repetir las veces necesarias para lograr la efectividad en los objetivos propuestos y las expectativas de trabajo. La frecuencia de los encuentros es semanal con una duración aproximada de 60 minutos cada una.

Todos los resultados se llevaron a gráficos y tablas, utilizándose como unidad de resumen de la información el por ciento. Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos y se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Procedimientos éticos:

Para que esta investigación estuviese sustentada en los principios de la ética, la participación en el estudio, dependió del consentimiento previo de los pacientes (Anexo 1), tomándose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos al respecto: respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

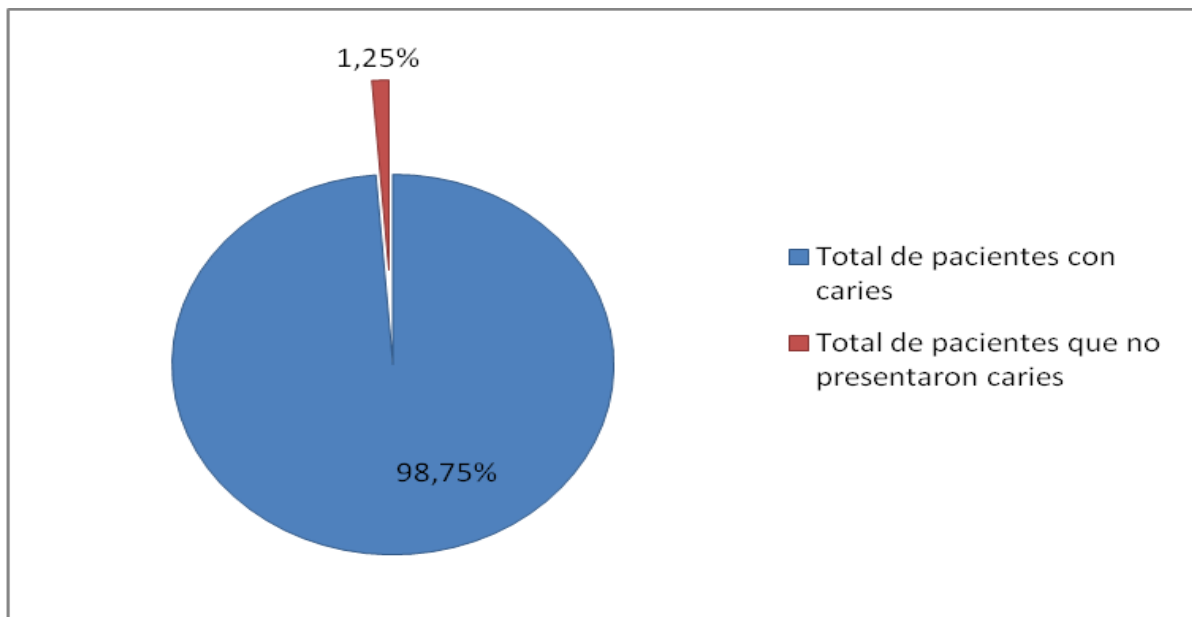


Gráfico 1. Prevalencia de caries dental en la población 18-34 años atendida en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. República Bolivariana de Venezuela en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015.

En el gráfico se puede observar que 317 pacientes de 321 atendidos en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia en el período comprendido entre el 1º de Octubre del 2013 al 31 de Agosto del 2015 presentaban caries dental para una prevalencia de un 98.75%.

La caries dental es muy prevalente y continúa siendo la causa principal de pérdida dental en la mayoría de la población mundial. Se produce durante el período posteruptivo del diente y es una desmineralización ácida localizada, pudiendo llegar a la destrucción total del diente si no es tratada a tiempo. Constituyendo de esta manera por su magnitud y trascendencia un problema de salud pública para la población infantil, adolescente y en edad adulta (6).

El conocimiento del estado de salud de la población proporciona una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia estomatológica. Mediante la aplicación de encuestas básicas, es posible proporcionar datos de base fiables para realizar estrategias de intervención en la comunidad y modificar las tendencias de morbilidad, tanto de carácter nacional como territorial (24). Para la Organización Mundial de la Salud la caries es considerada una calamidad sanitaria después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, constituye una importante fuente de dolor para el ser humano y es origen de grandes pérdidas económicas para la sociedad, que unido a los elevados costos en los servicios odontológicos se han convertidos en un bien de consumo cada vez más inaccesibles a un gran sector de la población (9,25, 31,32).

La alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95 al 99 % de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas, 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta, que tiene su comienzo casi desde el principio de la vida y progresa con la edad (14, 33,34).

Los resultados alcanzados en el presente trabajo coinciden con la bibliografía consultada. El examen clínico bucodental de los pacientes de 18 a 59 años que asistieron a la cátedra práctica, Clínica Preventiva de la Facultad de Odontología de la UNNE en Argentina durante el 2010 reveló una elevada prevalencia de caries dental y de afección de las piezas dentarias como consecuencia la de misma por encima de un 90% (35) , en tal sentido también el Análisis de la Situación de Salud Bucal hecho en pacientes del Consultorio N.º 22 del Área Centro en la ciudad de Camagüey, reflejan la alta morbilidad por caries dental y elevada mortalidad dentaria (36).

Estudio realizado por la Dra. Ávila García M en Ciro Redondo en el período comprendido entre septiembre 2009 a septiembre 2010 reportó que la caries dental y las enfermedades gingivales y parodontales fueron las afecciones encontradas con mayor frecuencia con un 48.56% cada una (14). También la Dra. Rojas Herrera I en el Hospital Militar Central: "Dr. Luis Díaz Soto" de La Habana al estudiar la

prevalencia de caries dental y sus factores de riesgo asociados determinó valores muy altos correspondiéndose a índices COPD de 7.7 % en mujeres y 8.6% en hombres (4).

Según Hernández J, y colaboradores en su publicación titulada Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano plantean que se ha podido comprobar que mundialmente la caries dental es especialmente común entre la población marginada y pobre, donde está presente en más del 95 %, demostrando con ello cómo carecen de las condiciones económicas y sociales que garanticen una salud bucal adecuada (28).

Si bien los estudios anteriores presentan enfoques diferentes sobre salud bucal, ponen en evidencia la alta presencia de enfermedades que afectan la salud bucodental de la población, resaltando la alta presencia de caries y enfermedades gingivales o parodontales.

Resultados diferentes se hallaron en un estudio hecho por Skudutyte-Rysstad R y colaboradores en adultos de Noruega quienes reportaron que los individuos presentan en general, buena salud dental (37). Rioboo señala que en los países desarrollados merced a los programas preventivos, se ha reducido drásticamente la frecuencia de caries entre el 20 y el 60%, países en vías de desarrollo presentan prevalencia cerca al 100% de caries a los 24 años, es decir que prácticamente todas las personas han tenido, tienen o van a tener caries, al acceder a los hábitos alimenticios de la sociedad moderna (consumo de azúcares refinados) y no tener programadas acciones concretas para la prevención 18 de la caries dental (22).

Tabla 1. Población estudiada según edad y sexo.

| Edad | Femenino | | Masculino | | Total | |
|-------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | No | % | No | % | No | % |
| 18-25 | 50 | 54.35 | 58 | 50.88 | 108 | 52.43 |
| 26-34 | 42 | 45.65 | 56 | 49.12 | 98 | 47.57 |
| TOTAL | 92 | 44.66 | 114 | 55.34 | 206 | 100 |

Fuente Planilla de datos primarios

En la tabla se puede apreciar que el 55.34 % de la población estudiada pertenecían al sexo masculino y sólo un 44.66 % de las caries aparecieron en féminas. En cuanto a la edad prevaleció la de 18-25 años con un 52.43% de representatividad seguida en orden decreciente de frecuencia por los pacientes de 26-34 años (47.57 %). La edad de 18-25 años fue la más representada en ambos sexos con un 54.35 % en las mujeres y un 50.88% en el sexo masculino.

Similares resultados sobre la afectación del sexo masculino en mayor cuantía que las mujeres fueron encontrados por Hechavarría Pérez ZM en Holguín, Hidalgo Gato-Fuentes y colaboradores en un estudio sobre adultos jóvenes de Distrito Capital, Venezuela en el 2007 y por Rwenyonyi CM en la comunidad rural de Rakai District, Uganda en el 2011 este último realizando un estudio donde se examinaron a todos los habitantes por igual, sin tener en cuenta la preocupación de ellos por asistir a consulta estomatológica (38-40).

Los resultados obtenidos en cuanto al sexo no coinciden con los reportados por algunos autores como: Limonta Vidal E y colaboradores en el consultorio estomatológico Barrio Bolívar de Venezuela donde la mayor afectación de caries dental apareció en féminas con un 67,6 % (8). También Dhó MS, Vila VG y Palladino AC al analizar la situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años

atendidos en la Cátedra práctica Clínica Preventiva I de la Facultad de Odontología UNNE, en Argentina durante el 2010 reportaron que un 54% de los pacientes eran del sexo femenino (35)

La Dra. Rivadeneira Obregón AM y colaboradores, en un estudio realizado en el Consultorio 1ro de marzo de la República Bolivariana de Venezuela de febrero a octubre del 2009 también reportó un predominio del sexo femenino con un 61,2 %; planteando que en la comunidad las mujeres acuden más a consulta que los hombres (41).

En cuanto a la edad los resultados obtenidos en la presente investigación no coinciden con los reportados por Limonta Vidal E, en Barrio Bolívar, Parroquia Petare Norte del municipio de Sucre del Estado Gran Caracas de la República Bolivariana de Venezuela donde el grupo de 26-34 fue el más representativo con un 42.3% (8). Otros estudios plantean un incremento de la caries con el avance de la edad hasta los 35 años (38-40). Tampoco se coincide con la Dra. Rivadeneira Obregón AM y colaboradores en la República Bolivariana de Venezuela quien halló una mayor afectación por caries dental en el grupo de 35 -59 años con un 41,3 % (41).

Tabla 2. Factores de riesgo de caries dental.

| Factores de Riesgo modificables | No (n=206) | % |
|---|---------------|-------|
| Experiencia anterior de caries dental | 150 | 72.82 |
| Cepillado dental incorrecto | 180 | 87.38 |
| Mala higiene bucal | 195 | 94.66 |
| Flujo salival escaso | 5 | 2.43 |
| Dieta cariogénica | 145 | 70.39 |
| Saliva viscosa. | 6 | 2.91 |
| Apiñamiento dentario moderado o severo. | 10 | 4.85 |
| Enfermedad gingival o periodontal | 80 | 38.83 |
| Recesión gingival. | 121 | 58.74 |
| Anomalías del esmalte. | 1 | 0.49 |
| Hábitos nocivos | 117 | 56.80 |
| Uso de aparatología ortodóncica y/o protésica | 96 | 46.60 |
| Bajo nivel de conocimientos en educación para la salud. | 201 | 97.57 |
| Bajo nivel de ingreso | 72 | 34.95 |
| Bajo nivel de instrucción | 111 | 53.88 |
| Enfermedades sistémicas | 15 | 7.28 |

Nota: No se encontraron pacientes con discapacidad física y/o mental, embarazo u otros factores de riesgo, tampoco hubo pacientes sin factores de riesgo.

En la tabla se puede apreciar que el factor de riesgo que apareció con mayor frecuencia en la población estudiada fue el bajo nivel de conocimientos en educación para la salud (97.57%), seguido en orden decreciente de frecuencia por la mala higiene bucal (94.66%), el cepillado dental incorrecto (87.38%), la experiencia anterior de caries dental (72.82%), la dieta cariogénica (70.39%), la recesión gingival (58.74%),

los hábitos nocivos (56.80%) y el bajo nivel de instrucción (53.88%). Con menos frecuencia afectando a menos de la mitad de la muestra se encontraron el uso de aparatología ortodóncica y/o protésica (46.60%), la enfermedad gingival o periodontal (38.83 %), el bajo nivel de ingreso (34.95%), las enfermedades sistémicas (7.28 %), el apiñamiento dentario moderado o severo (4.85%), la saliva viscosa (2.91%), el flujo salival escaso (2.43%) y las anomalías del esmalte con un 0.49%. Todos los pacientes estudiados presentaban al menos un factor de riesgo.

El autor del presente trabajo considera que los resultados obtenidos pueden estar relacionados a que en la República Bolivariana de Venezuela la política de abandono de anteriores gobiernos, la no ubicación de servicios odontológicos gratuitos en estos territorios, el bajo nivel cultural, provocaban insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud; la mayoría de la población carecía de acceso a los mismos o tenían un acceso restringido, incrementando la exposición a múltiples factores de riesgo, ya sea por problemas culturales, geográficos, económicos o ambientales, que no contaban con un control antes de la llegada de la misión Barrio Adentro.

Resultados similares en cuanto a los principales factores de riesgo fueron encontrados por La Dra. Rivadeneira Obregón AM y colaboradores en el Consultorio 1º de marzo Consejo Comunal Guaicaipuro del estado Zulia en Venezuela aunque con un orden de frecuencia diferentes: nivel de conocimientos regulares y mal (84.5%), los antecedentes de caries (91.5%), higiene bucal inadecuada (71.1%) y dieta cariogénica (52.7%) fueron los factores de riesgos predominantes en los pacientes del estudio (41).

Dhó MS, Vila VG y Palladino AC en el examen clínico bucodental de pacientes mayores de 18 años atendidos en la Cátedra práctica Clínica Preventiva I, de la Facultad de Odontología UNNE de Argentina en el 2010 indica como los principales factores de riesgo de la población la higiene bucal deficiente y la experiencia anterior de caries dental (35).

Según Hernández J, y colaboradores (2010) y González Sánchez A (2009) ambos estudios en la República Bolivariana de Venezuela hacen referencia que un paciente con un nivel de conocimientos sobre salud bucal calificado de mal, debido a deficiencias en la orientación tanto en la escuela como en el hogar desde edades tempranas, formará un joven y posteriormente un adulto que difícilmente considerará su salud bucal como una prioridad, ni los procedimientos de higiene bucal como imprescindibles para mantenerla, por tanto, es muy probable que presente una higiene bucal deficiente con abundante placa dentobacteriana o sarro con un número elevado de estreptococos mutans, principal agente etiológico de la enfermedad. Ellos plantean que estos pacientes inundarán las consultas de urgencias ya que prestarán atención a los síntomas solo cuando sean alarmantes, como son los dolores agudos, abscesos o celulitis que limiten su función masticatoria y afecten su vida cotidiana. En estos pacientes con bajo nivel de conocimientos habrá que emplear mayor cantidad de recursos costosos en su tratamiento y posterior rehabilitación de las secuelas (28,42).

Desde el punto de vista de la persona enferma o con riesgo de enfermar, el autocuidado ocupa toda la vida y requiere una persona activa y responsable ante este cuidado diario, capaz y formada más que informada sobre los requerimientos de la enfermedad, adiestrada para los ajustes terapéuticos necesarios de acuerdo a las diferentes situaciones de su vida diaria, además de saber identificar los signos de alarma que anuncian la posible aparición de una descompensación o situación aguda y actuar en consecuencia. Hay que aprender a cuidarse y muchas veces no se acepta de manera espontánea, este convertirse en responsable de su propia salud. Es así que no basta con reconocer la necesaria dimensión educativa del cuidado de las personas sino que, a su vez, hay que buscar diferentes métodos de acercamiento en este proceso de aprendizaje para lograr con eficacia el desarrollo de destrezas y motivaciones, para que estas personas asuman con responsabilidad e independencia el tratamiento y autocuidado diario. Muchos han sido los esfuerzos y largo el camino recorrido para lograr que la educación para la salud transite desde un enfoque biomédico centrado en una información fisiológica hacia un proceso

educativo centrado en las percepciones, criterios, sentimientos y conductas de las personas y en el significado que ellos dan a “su” enfermedad o al riesgo de enfermarse (14,43,44).

Tabla 3. Grado de riesgo individual de caries dental.

| Grado de Riesgo | No | % |
|-----------------|-----|-------|
| Alto | 130 | 63.11 |
| Bajo | 76 | 36.89 |
| Total | 206 | 100 |

En la tabla se observa que el 63.11% de la población estudiada fue clasificada de alto riesgo de padecer caries dental y sólo 76 pacientes para un 36.89 % de bajo riesgo.

Actualmente la capacidad para predecir la caries dental es inexacta se clasifica el riesgo de forma dicotómica, alto o bajo utilizando como criterios predictores solo aquellos disponibles en nuestros servicios estomatológicos cubanos.

Estos resultados coinciden con los encontrados por la Dra. Ávila García en su estudio en la población del ESBU Felipe Poey Aloy del Municipio Ciro Redondo de septiembre 2009 a septiembre 2010. donde el 77.37% de los educandos fueron clasificados como de alto riesgo de caries dental (14). También son similares los resultados a los reportados por colegas cubanos en la hermana República Bolivariana de Venezuela en los estados del Amazonas y Monagas donde el 88.16 %, y 76.18 % de los pacientes fue considerado de alto riesgo (7,32).

Teniendo una correcta clasificación del riesgo de padecer caries dental se puede planificar la actividad preventiva con el objetivo de reducir la incidencia, prevalencia y gravedad de la caries dental además de planificar las actividades de educación para la salud, el tratamiento medicamentoso específico, la vigilancia y la dispensarización que implica la clasificación y el seguimiento (18,19, 43).

Tabla 4. Nivel de información de la población objeto de estudio sobre salud bucodental.

| Nivel de información | No | % |
|----------------------|-----|-------|
| Bien | 5 | 2.43 |
| Regular | 91 | 44.17 |
| Mal | 110 | 53.40 |
| Total | 206 | 100 |

En la tabla se aprecia que de un total de 206 encuestados sólo un 2.43 % fue evaluado de bien en cuanto al nivel de información sobre salud bucodental, un 44.17% de regular y el resto un 53.40% de mal.

Al analizar el conocimiento que tenían los pacientes sobre salud bucodental Limonta Vidal E y colaboradores en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela encontró que en el 88,3 % de los casos era no adecuado (8). Similares resultados también fueron reportados por la Dra. Rivadeneira Obregón AM y otros investigadores en el Consultorio 1º de marzo Consejo Comunal Guaicaipuro del estado Zulia en Venezuela donde el 51.7% por ciento de la población presentó un nivel de conocimiento sobre salud bucodental de mal (41).

Se coincide con lo planteado por [Díaz Reissner C](#), [Pèrez N](#) y [Ferreira Gaona MI](#) de que el conocimiento adecuado de aspectos sobre prevención de caries dental, puede resultar fundamental para mantener un estado de salud bucal óptimo. También en su investigación menos de la mitad de los estudiados presentó conocimiento muy bueno sobre prevención de la caries dental (45).

No se concuerda con los reportes de Dhó MS, Vila VG y Palladino AC. En un estudio realizado en la población mayor de 18 años atendida en la Cátedra práctica Clínica Preventiva I de la Facultad de Odontología UNNE de Argentina en el 2010 donde

predominó el nivel de conocimientos de salud bucodental “bueno” aunque esto según los autores no se refleja en algunos comportamientos hacia el cuidado de la salud oral de estos pacientes en particular, la búsqueda de atención odontológica preventiva y el uso del hilo dental (35).

Se toma partido a favor de lo planteado por Limonta Vidal E, en cuanto a que el desarrollo teórico - metodológico en cuanto a la organización y el funcionamiento de la sociedad en general, se debe incorporar para el análisis de los diferentes grupos sociales, y la comprensión e interpretación de las regularidades que caracterizan sus condiciones de vida; posibilitándose así la identificación de espacios de intervención educativa, en los cuales se puedan utilizar las explicaciones biológicas multicausales de las diferentes enfermedades que afectan a la población, en este caso la caries dental, para impulsar cambios referidos a la familia y a las comunidades. Se sabe que la intervención no es la única solución al problema de las conductas, ya que el cuidado de la salud requiere de un proceso continuo y demanda de actividades interactivas, sistemáticas supervisiones, mancomunado esfuerzo de las autoridades sanitarias en la formación de agentes promotores de la salud, de los demás sectores en producir salud y de la autorresponsabilidad de las personas de decidir por sus propias (8).

La mayoría de los estudios que miden cambios en conocimiento sobre salud bucodental demuestran que estos mejoran con educación. El refuerzo o la repetición de la intervención parecen mejorar los niveles de conocimiento (7, 14, 43, 44). Muchos autores se hacen eco de la necesidad de programas educativos desde edades tempranas para elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal pues todavía es insuficiente el conocimiento sobre los determinantes de los cambios conductuales que se necesitan para lograr un adecuado control de los factores de riesgo y de los medios más eficaces para lograr modificación de los modos y estilos de vida que aseguren una plena salud oral (43,44). La autora de este trabajo coincide con estos criterios y considera que sería sensato y beneficioso desarrollar una intervención comunitaria en la población de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. República Bolivariana de Venezuela para modificar sus

nociones erróneas al respecto y transmitirles la información sanitaria correcta acerca de ello, a fin de incentivarles para que cuiden de su salud y la de los suyos.

Tabla 5 Necesidades reales de aprendizaje detectadas en la población objeto de estudio.

| Necesidades reales de aprendizaje | No (n=206) | % |
|---|------------|-------|
| Cepillado dental | 137 | 66.50 |
| La dieta y la salud bucal | 140 | 67.96 |
| Que hacer ante el sangramiento gingival | 180 | 87.37 |
| Que hacer ante un accidente o pérdida de un diente por esta causa | 178 | 86.41 |
| Cuando se debe visitar al estomatólogo | 160 | 77.67 |
| Hábitos nocivos | 117 | 56.80 |

Se puede apreciar en la tabla que las principales necesidades reales de aprendizaje fueron que hacer ante el sangramiento gingival (87.37%), la conducta a seguir ante un accidente o la pérdida de un diente (86.41%), cuando se debe visitar al estomatólogo (77.67%), la dieta cariogénica y la salud bucal (67.96%), el cepillado dental (66.50%) y los hábitos nocivos (56.80%).

Los resultados obtenidos no coinciden con los reportados por Limonta Vidal E y colaboradores sobre conocimientos de salud bucal en pacientes del Consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela donde las principales dificultades se encontraron en las preguntas relacionadas con la influencia de la alimentación en la aparición de caries (40.0%) y la técnica del cepillado como lo más importante en la prevención donde solo el 58,1% de los encuestados respondió de manera correcta (8). Se difiere también de los resultados publicados en la Revista de la Facultad Odontológica Universitaria de Antioquia en el 2013 sobre la situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años, donde se encontró que sólo el 12.7 % de los encuestados desconocían que el consumo de alimentos y bebidas azucaradas son

un factor que puede contribuir al desarrollo de la caries dental, de igual manera las temáticas sobre el cepillado dental y otros medios de limpieza bucal no constituyeron necesidades de reales de aprendizaje ,siendo la principal necesidad de aprendizaje la periodicidad de búsqueda de atención odontológica preventiva (60.6%) (35).

En un estudio hecho en usuarios de la salud pública municipal de Santa María, Brasil, el 43% de los pacientes encuestados no presentan conocimientos correctos o no conocen la acción del flúor en la cavidad bucal, el hecho de que el 88% utilice pasta dental con flúor muestra que existe discrepancia entre el conocimiento y la práctica. El 36.5 % de los pacientes tienen el conocimiento incorrecto de que los dientes permanentes no pueden durar toda la vida segunda necesidad de aprendizaje detectada en el trabajo (46).

Tabla 6. Necesidades sentidas de aprendizaje detectadas en la población objeto de estudio.

| Necesidades Sentidas | No (n=206) | % |
|--|---------------|-------|
| Papel de la pasta dental en el cepillado | 83 | 40.29 |
| Cuando se debe ingerir dulces | 71 | 34.47 |
| Que hacer si sangran las encías | 50 | 24.27 |
| Cada que tiempo se deben hacer las limpiezas | 98 | 47.57 |
| A que edad salen los cordales | 45 | 21.84 |
| Que hacer para dejar de chuparse el dedo | 26 | 12.62 |

En la tabla se puede apreciar las necesidades sentidas de la muestra estudiada, encontrando en orden decreciente de frecuencia: cada que tiempo se deben hacer las limpiezas (47.57%), papel de la pasta dental en el cepillado (40.29%), cuando se debe ingerir dulces (34.47%), que hacer si sangran las encías (24.27%), a qué edad salen los cordales (21.84%) y qué hacer para dejar de chuparse el dedo (12.62%).

La autora del trabajo toma partido a favor de lo referido por Romero en su artículo "Las metas del milenio y el componente bucal de la salud." Donde plantea que las actividades preventivas deben ser desarrolladas tanto por los profesionales de la odontología como por el paciente, y no pueden continuar partiendo de una relación odontólogo - paciente autoritaria, en la cual el profesional "da instrucciones" y el paciente de manera pasiva se limita al cumplimiento de estas. Considerando que en Venezuela se necesita la articulación de la prevención y promoción de la salud, con la participación de la población, para promover a nivel estructural los cambios

necesarios que incrementen progresivamente los procesos protectores de la salud, para los grupos sociales excluidos (47).

García R y Suarez R. en el 2009 y Kawachi I en el 2012 hacen referencia a que el punto de discusión actual para la eliminación de las necesidades de aprendizaje detectadas en una población determinada y la modificación de las actitudes no se centra en la necesidad del proceso educativo, hecho ampliamente demostrado en múltiples investigaciones, sino en la búsqueda de métodos que aumenten la eficacia en el menor tiempo y el mayor grupo de personas. Ellos plantean que hay que transitar del monólogo al diálogo, integrar lo biológico y lo humano, buscar todas las vías posibles para incorporar activamente a la persona en su cuidado diario y combinar diferentes métodos y técnicas de aprendizaje, pero sobre todas las cosas hay que lograr la unidad indisoluble entre cuidados y educación, y prestar singular atención a las necesidades sentidas de la población objeto de estudio (43,44).

La autora del presente estudio considera que al identificar necesidades de conocimientos reales y sentidas e incidir en ellas a través de una intervención educativa que promueva una reflexión sobre dilemas respecto a la salud bucal se contribuirá a la educación de la población objeto de trabajo, más si se tiene en cuenta que el modelo de persona al que aspira la sociedad venezolana, no solo debe poseer sólidos conocimientos académicos sino también estar dotados de una serie de valores y conocimientos que permitan adoptar una conducta saludable acorde con los principios de la sociedad Bolivariana de Venezuela actual.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCODENTAL PARA LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

A partir de la situación identificada es posible sugerir estrategias programadas que permitan optimizar la educación sanitaria y mejorar los comportamientos preventivos de la población en estudio: sus hábitos de higiene bucal y la periodicidad de las visitas odontológicas tanto para prevenir como para tratar las afecciones presentes.

La autora toma partido a favor de lo planteado acerca de que el punto de discusión actual no se centra en la necesidad del proceso educativo, hecho ampliamente demostrado en múltiples investigaciones, sino en la búsqueda de métodos que aumenten la eficacia en el menor tiempo y el mayor grupo de personas. Hay que transitar del monólogo al diálogo, integrar lo biológico y lo humano, buscar todas las vías posibles para incorporar activamente a la persona en su cuidado diario y combinar diferentes métodos y técnicas de aprendizaje, pero sobre todas las cosas hay que lograr la unidad indisoluble entre cuidados y educación, hecho evaluado en otros estudios y que mostrando tener eficacia (14, 43,44).

I-Objetivos

Objetivo General: Proveer a los pacientes atendidos en el departamento de Estomatología de la Parroquia Santa Lucia. Estado Zulia. Municipio Maracaibo. República Bolivariana de Venezuela de información sobre salud bucodental lo cual garantizará su bienestar y su calidad de vida.

Objetivos Específicos:

- Propiciar un intercambio activo, fluido y de confianza entre los profesionales al frente del programa y los pacientes, creando un ambiente de participación donde ambas partes compartan sus experiencias.
- Elevar el nivel de información sobre salud bucodental.
- Estimular a estas personas para que se conviertan en Promotores de Salud en su ámbito familiar y comunitario.
- Valorar la efectividad de las actividades realizadas comprobando el cumplimiento de los objetivos trazados en cada una de ellas.

II-LÍMITES

- **Población Beneficiaria:** Pacientes diagnosticados con caries dental.
- **Espacio:** Parroquia Santa Lucia, Estado Zulia. Municipio Maracaibo. República Bolivariana de Venezuela.
- **Tiempo:** 2 meses.

IV-DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUENTROS SEGÚN TEMÁTICA

| Encuentros | Temáticas |
|--|---|
| 1-¿Quiénes somos? | Introducción al programa |
| 2-Aprendiendo sobre Caries dental | Caries dental. Epidemiología. Tipos. Factores de riesgo. Dieta cariogénica. |
| 3- El cepillo dental es un gran amigo de la salud bucal. | Cepillado dental. El flúor |
| 4-Mi salud bucodental. | Salud bucodental |
| 5-Palabras mágicas contra accidente. Educación y Prevención | Traumas dentarios. Conducta a seguir. |
| 6-Sin Humo.....por la vida. Bienestar Bucodental. Parte importante de mi felicidad | Hábitos nocivos. |
| 7-Caminando por la vida con salud. | Integrador y evaluación del programa. |
| 8-Reflexión y diálogo. | Conclusiones del programa. |

V-DESARROLLO DEL PROGRAMA

Preparación del Programa

V-DESARROLLO DEL PROGRAMA

Preparación del Programa

- Todo el personal que llevará a cabo el programa se debe reunir en una sesión de trabajo previa al comienzo del mismo para en conjunto realizar una adecuada selección de las personas a las cuales va dirigido este programa y con las características de confidencialidad requerida para este tipo de trabajo.

- Estas sesiones de trabajo se realizarán todas las veces que sean necesarias para lograr la efectividad de los objetivos propuestos.
- La participación en el Programa Educativo será por voluntad de los participantes con previo consentimiento por escrito (Anexo 1).

Encuentro1: Título: ¿Quiénes somos?

Objetivos

- Dar a conocer el contenido y los propósitos del Programa
- Lograr que los integrantes del grupo se conozcan e integren de manera óptima.
- Crear un ambiente de confianza entre los profesionales y los participantes.
- Recoger expectativas del Grupo.

Procedimientos. Métodos y Medios

- Apertura del programa: Provocar un diálogo con los participantes, explicando brevemente el Programa, tratando de que con la bienvenida y la información, creando un ambiente participativo. Al finalizar, estos pacientes se convierten en “promotores de salud”, lo cual beneficia a la familia y a la comunidad.
- Colocar a los miembros del grupo en un círculo o semicírculo y aplicar una técnica de presentación para romper la tensión inicial y propiciar un mejor conocimiento de los integrantes del grupo.
- Aplicar la técnica de presentación: “**Hasta que el Fósforo se apague**”, con la cual cada uno de los participantes enciende un fósforo y mientras este se mantiene encendido puede presentarse dejando a su voluntad los criterios que decida él mismo manifestar.
- Dar a conocer los objetivos de este Programa y recoger las expectativas del grupo: como su nombre lo indica; lo que se espera o no del Programa, reflejándolas en una cartulina o pancarta, todas las expectativas en una sola palabra o frase corta se mantendrán durante todo el transcurso del desarrollo del resto de los encuentros.
- A continuación, explicar todo lo referente al 6to encuentro, “**Reflexión y Diálogo**”, donde el Grupo debe llegar a un consenso de un tema de la Enfermedad que no se planificó en el Programa y que ellos desean conocer, para ser tratado con profundidad.

Evaluación

Aplicar la técnica evaluativa: **La Carta** que consiste en: cada participante de forma anónima debe escribir una carta dirigida a un amigo o amiga y contarle:

- Lo que más le gustó y lo que menos le gustó de este primer encuentro.

Recoger todas las cartas en un buzón, seleccionando algunas al azar para ser leídas en el grupo. Leer posteriormente todas las cartas por el personal a cargo del Programa.

Recursos Materiales

- Caja de fósforo
- Cartulina o pancarta
- Lápices
- Hojas de papel

Tiempo aproximado de duración: 1 hora.

Encuentro 2: Aprendiendo sobre Caries dental.

Tema: Caries dental. Epidemiología .Tipos. Factores de riesgo. Dieta cariogénica.

Objetivos

- Explicar epidemiología de la Caries dental.
- Detallar en cuanto a la caries como problema de salud.
- Tipos de caries dental.
- Concientizar a las personas de la necesidad de controlar factores de riesgo modificables de caries dental para mantener una adecuada salud general.
- Lograr que los participantes identifiquen los factores de riesgo más frecuentes haciendo énfasis en la dieta cariogénica y así detectar sus propias necesidades de una dieta saludable.

Procedimientos. Métodos y Medios.

- Sentar a todos los participantes en un semicírculo.
- Presentar a través de un Power Point curiosidades relacionadas con la caries dental, tipos, factores de riesgo.
- Explicar que si no se conocen cuáles son los verdaderos factores de riesgo, poco se puede trabajar para eliminarlos. Es importante reconocer el tipo de caries que

estos responden a factores que se deben identificar, concientizar las necesidades de eliminar o cambiar y entonces actuar. Hacerle entender al grupo que muchas veces la solución está al alcance de sus manos. Enfatizar a través de una pancarta los efectos para la salud de una dieta no cariogénica.

➤ Aplicar la técnica de análisis la “**Palma Real**” la cual consiste en representar, sobre un gráfico de nuestra palma, en sus hojas los efectos del problema y en sus raíces las causas y subcausas que los ocasionan. Posteriormente debatir las posibles soluciones y enfatizar que cada participante identifique sus problemas de salud más frecuentes y detecte sus propias necesidades.

Evaluación

➤ Aplicar la técnica de “**Palabras Calientes**”, la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriba en tres papelitos igual número de palabras, que sean las que le resulten más significativas durante la sesión. Recoger los papeles y hacer grupos de palabras afines anotándose en el pizarrón informativo, con la ayuda de los miembros del grupo. Seleccionar las palabras más coincidentes y conformar las conclusiones.

Recursos Materiales

- Tizas
- Pizarra
- Hojas de papel
- Computadora
- Pancarta

Tiempo aproximado de duración: 1 hora.

Encuentro 3: El cepillo dental es un gran amigo de la salud bucal.

Tema: Cepillado dental. El flúor

Objetivos:

- Brindar conocimientos de las formas más efectivas de evitar la caries dental: Cepillado dental y flúor.
- Dar a conocer los efectos de una mala higiene bucal, importancia del cepillado y del papel del flúor para aumentar la resistencia del esmalte.
- Demostrar la correcta realización del cepillado.

Procedimientos. Métodos y Medios.

- Iniciar la actividad reafirmando los conocimientos del encuentro anterior y entrelazándolo con el tema de este encuentro propiciando un debate donde el tema central sea la higiene bucal
- Realizar un análisis a través de un **Panel** por parte de los ejecutores del programa, e invitados sobre los efectos de la higiene bucal, haciendo énfasis en el cepillado y su relación con las diferentes enfermedades bucodentales fundamentalmente con la caries dental. De esta manera los galenos exponen ante el auditorio en forma sucesiva los siguientes temas
 - Higiene bucal y su influencia en la aparición de enfermedades bucodentales.
 - Cepillado dental.
 - Medios de prevención de la caries dental. Flúor.
- Terminado el tiempo previsto de cada uno de los participantes en el panel, dar por terminada la discusión y proceder al resumen final, sintetizando los puntos más relevantes por parte del coordinador, acto seguido invitar al auditorio a hacer preguntas procurando que cada uno de los miembros participe una sola vez y culminar con la demostración del cepillado utilizando un cepillo y un type-odont.

Evaluación

- Realizar la evaluación de este encuentro a través de **preguntas y respuestas.** La evaluación satisfactoria o no, es dada por el profesional responsable de la actividad. Colocar las preguntas con anterioridad debajo del asiento de algunos de los miembros del grupo.

Recursos Materiales

- Computadora
- Type-odont
- Cepillo dental
- Tarjetas
- Lápices
- Tiras adhesivas

Encuentro 4: Mi salud bucodental. .

Tema: Salud Bucodental.

Objetivos

- Proveer a los miembros del grupo, de herramientas para lograr una prevención eficaz de las enfermedades bucales, las que puedan utilizar como promotores de salud.

Procedimientos. Métodos y Medios

- Realizar una **Lluvia de ideas** para estimular la participación de los tímidos y retraídos preguntando sobre ¿qué conocimientos tienen sobre que hacer para mantener una correcta salud bucal? Recoger las ideas en el pizarrón y construir los conceptos.
- Exponer a través de un Power Point la relación de la caries dental con otras patologías (parodontopatías, maloclusiones). Explicar por qué sangran las encías y la necesidad de evitar un proceso séptico para impedir el desarrollo de otras patologías como el cáncer bucal
- Aplicar la técnica de **Los Refranes** para formar dúos, la cual consiste en buscar varios refranes conocidos y escribirlos en tarjetas separando el refrán en dos partes de la siguiente forma: Las tarjetas correspondientes a la primera parte estarán marcadas para que se distingan. Se revuelven y se reparte al azar una a cada participante. Pedir que alguien que tenga una primera parte que la lea, y a continuación quien considere tener la segunda parte de ese refrán lo lee. Si es correcto se forma la pareja. Así hasta que se formen todas las parejas.
- Una vez formadas las parejas, cada participante debe (teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos en el encuentro) escribir en una oración un consejo para que su compañero evite tener enfermedades bucodentales. Recoger y analizar todos los consejos, Concluyéndose con la presentación de la siguiente pancarta la cual debe construir todas las ideas:

Consejos para cuidados de su salud bucal

- Cúidese la boca cepillándose dos veces al día, usando el hilo dental una vez al día y acudiendo a revisiones dentales dos veces al año.
- No fume y absténgase de usar productos de tabaco.
- Opte por una dieta saludable, evite los dulces entre comidas.
- Si utiliza prótesis dentales, retíreselas y límpielas diariamente.
- Consulte con su dentista o su profesional de atención médica primaria sus preguntas relacionadas con su salud bucal.
- Comunique a su dentista y su profesional de atención médica primaria los medicamentos que esté consumiendo.
- Realice sistemáticamente el auto-examen bucal y ante cualquier lesión acuda al estomatólogo.

Evaluación

Realizar la evaluación del encuentro a través de la técnica del "**Tesoro Escondido**", colocar tarjetas, previo a iniciarse la actividad en lugares estratégicos del local con preguntas sobre la temática tratada, las cuales deben ser respondidas por el participante que la encuentre, al contestarla correctamente recibirá un obsequio (afiches, plegables, marcadores, entre otros relacionados con el tema)

Recursos Materiales

- Tizas
- Pizarra
- Computadora
- Obsequios del Tesoro Escondido: pueden ser afiches, plegables, marcadores, entre otros.
- Lápices
- Hojas de papel
- Cartulina

Tiempo aproximado de duración: 1 hora

Encuentro 5: Palabras mágicas contra accidente. Educación y Prevención

Tema: Traumas dentarios. Conducta a seguir.

Objetivos

- Proveer a los miembros del grupo, de herramientas para lograr una prevención eficaz de los traumatismos, las que puedan utilizar como promotores de salud.

Procedimientos. Métodos y Medios

- Presentar a través de un Power Point curiosidades de traumatismos dentarios.
- Propiciar el dialogo para determinar conocimientos de los participantes sobre que hacer ante ellos.
- Explicar conducta a realizar

Evaluación

Realizar la evaluación del encuentro a través de preguntas y respuestas.

Recursos Materiales

- Tizas
- Pizarra
- Computadora
- Lápices
- Hojas de papel

Tiempo aproximado de duración: 1 hora

Encuentro 6: Sin Humo.....por la vida. Bienestar Bucodental. Parte importante de mi felicidad

Tema: Hábitos nocivos.

Objetivo General: Elevar el nivel de información acerca de los daños que ocasionan los hábitos nocivos haciendo énfasis en el tabaquismo.

Procedimientos. Métodos y Medios

- Impartir una charla acerca de hábitos nocivos y su papel en la salud bucal. enfatizando en el tabaquismo.
- **Evaluación:** Se aplicará la **técnica “jurado 13”**, donde el acusado sea el cigarro.
- **Recursos Materiales**

- Pizarra
- Tizas
- Hojas de papel
- Lápices

Tiempo aproximado de duración: 1 hora

Encuentro 6: Caminando por la vida con salud.

Tema: Integrador y evaluación del programa

Objetivos

- Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.
- Evaluar a través del cuestionario la efectividad del programa.

Procedimientos. Métodos y Medios

- Utilizar la técnica evaluativa y consolidadora **La liga del Saber**, en la misma los profesionales simulan como locutores que transmiten un Concurso por la TV, se divide el grupo en 2, formando dos equipos por la técnica del 1-2, se le dan nombres a cada equipo y se comienza con un encuentro de conocimientos. Gana el que más preguntas responda correctamente
- Al finalizar realizar por parte del profesional una exposición, breve, integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes,

Evaluación

- Aplicar el mismo cuestionario que sirvió de diagnóstico .Esta aplicación permite comparar resultados, dar a conocer efectividad del Programa Educativo, detectar deficiencias y dar sugerencias de trabajo a los profesionales que continúan en la atención de estas personas sobre los temas que más hay que insistir.

Recursos Materiales

- Pizarra
- Tizas
- Hojas de Papel

Tiempo aproximado de duración: 1 hora

Encuentro 7: Reflexión y Diálogo.

Tema escogido por los participantes. Conclusiones del Programa.

Objetivos

- Dar a conocer las consideraciones finales de la efectividad del programa en el grupo.

- Graduar nuevos promotores de la salud.

Procedimientos. Métodos y Medios

- Exposición del tema escogido para la Reflexión y Dialogo.
- Dar a conocer los resultados de efectividad del programa que tendrán como elemento esencial el Cuestionario que se aplicó en el encuentro anterior.
- Análisis de las expectativas.
- Realizar un Positivo, Negativo e Interesante (**PNI**) del programa.
- Clausura:
Entrega a los participantes de un certificado que los acredite como **Promotores de Salud.**
- Actividad recreativa

Recursos Materiales

- Computadora.
- Hojas de Papel.
- Certificados de participación.

Tiempo aproximado de duración: 1 hora

VI- EVALUACIÓN

- Realizarla desde el inicio hasta el final. como se describe en el diseño del programa. Permite saber como se está ejecutando el programa.
- Aplicación del cuestionario en el Encuentro 6. Esta aplicación permite comparar resultados, dar a conocer efectividad de la Estrategia Educativa, detectar deficiencias y dar sugerencias de trabajo a los profesionales que continúan en la atención de estas personas sobre los temas que más hay que insistir.
- Trabajo de estas personas como Promotores de Salud.

V-CONCLUSIONES

En la población estudiada se encontró una prevalencia de caries dental de 98.75%, siendo el sexo masculino y el grupo de edad de 18-25 años los mas afectados. El principal factor de riesgo fue el bajo nivel de conocimiento seguido de la mala higiene bucal, clasificándose mas de la mitad de la población como de alto riesgo a padecer caries dental. Casi la totalidad de la muestra fue evaluada de mal y regular en dependencia de sus conocimientos sobre salud bucal siendo las principales necesidades reales de aprendizaje la conducta a seguir ante el sangramiento gingival y ante un accidente y las sentidas la periodicidad de realización de las “limpiezas” y el papel de la pasta dental. Teniendo en cuenta estos resultados se diseña una propuesta de intervención educativa sobre salud bucodental para la población objeto de estudio.

VI-RECOMENDACIONES

- Implementar la propuesta de intervención educativa diseñada en el presente estudio a los grupos de edades de la población incluidos en la investigación, que les permita elevar la cultura sanitaria.
- Crear consultas de consejería bucal donde se establezca el dialogo y se permita la interacción con los individuos a través de medios y métodos de métodos que aumenten la eficacia de la promoción y la prevención en el menor tiempo y en el mayor grupo de personas.

VII-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Mayor Hernández F, Pérez Quiñones JA, Cid Rodríguez MC, Martínez Brito I, Martínez Abreu J, Moure Ibarra MD. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 May-Jun [citado 15 ene 2015]; 36(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol3%202014/tema10.htm>
2. De Carvalho Sales Peres SH. Perfil epidemiológico de cárie dentaria, em cidades fluoretadas e naofluoretadas, na regioocentro-oeste do estado de São Paulo. Rev Fac Odontol Bauru [Internet]. 2013 [citado 19 Oct 2015];6(3/4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v48n4/est05411.pdf> .
3. Rodríguez González Y. Comportamiento clínico epidemiológico de las pulpitis irreversibles como urgencias estomatológicas ocasionadas por caries dental. Rev Electrón [Internet]. 2011 [citado 3 Ene 2014]; 36(5) :[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=277>
4. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2012 [citado 3 Ene 2014]; 41(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572012000400008
5. Assis GF, Rabelo Buzalaf MA, Cardoso de Faria FA, Granjeiro JM, Torres AS, Lara VS, et al. Mecanismos biológicos e influência de fatores ambientais na fluorosedentária e a participacao do flúor na prevencao da cárie: revisão de literatura. Rev Fac Odontol Bauru. 1999; 7(3/4):63-70. Citado en LILACS; ID: 298409.
6. Noguera Planas MR. Factores de riesgo y caries dental en embarazadas. Rev Méd Electrón Portales Médicos [Internet]. 2015 [citado 23 ene 2015][aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmédicos.com//revista-medica>

7. González Rey I de la C. Comportamiento clínico epidemiológico de la caries dental en el estado Amazonas en la Misión Barrio Adentro de julio del 2004 a mayo del 2005. [tesis de maestría].República Bolivariana de Venezuela: Misión Barrio Adentro Estado Amazonas; 2007.
8. Limonta Vidal E, Triay Limonta I Cuevas Gandaria MA, Alea Cardero A, Pajaró Medina K. Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela. MEDISAN [Internet].2009[citado 23 Oct 2015];13(6) Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13609/>
9. World Health Organizations. Oral Health Country/Area Profile Programme Department of Noncommunicable Disease Surveillance/ Oral Health WHO Collaborating Centre, Malmö University. Malmö (Suecia): WHO; 2010 [citado: 04 abr 2013]. Hallado en: <http://whocollab.od.mah.se/expl/orhdmft.html>
10. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB). Bogotá. Ministerio de Salud, 1999. p.85-147.
11. Tascón JE, Alonso Cabrera G. Creencias sobre las caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. ColombMed [Internet].2005[citado 28 Oct 2015];36[citado junio 2010];<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36no2/cm36n2a2.htm>
12. Nicot Cos RF. Comportamiento de la caries dental. Población atendida Módulo La Coromoto. [tesis de maestría].República Bolivariana de Venezuela: Misión Barrio Adentro Caracas; 2006.
13. Rodríguez García L.O, Giardirú Martínez R, Arte Loriga M, Jiménez Valdez Y, Echevarría González S, Calderón Sosa A . Factores de riesgo y prevención de caries dental en la edad temprana (0-5 años) en escolares y en adolescentes. Rev Odontol [Internet].2010 [citado 11 junio 2010];20[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.odontologia>
14. Ávila García M. Estrategia educativa sobre salud bucodental en estudiantes de enseñanza media [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2014.

15. López Soto OP, Cerezo Correa MP. Evaluación de una prueba que mide la susceptibilidad del esmalte a la caries dental. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2011 [citado 15 Dic 2013]; 16(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16%282%29_7.pdf
16. Roncalli da Costa Oliveira AG, Costa Feitosa Alves MS. Etiologia da cárie dentária: esmalte e saliva - aspectos estruturais e bioquímicos. En: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal: EDUFRN; 1997. p. 17-27. Citado en LILACS; ID: 298199.
17. Azevedo Verónica M N. Avaliação clínica de pacientes portadores de lesões dentárias cávicas não cáries, relacionadas com alguns aspectos físicos, químicos e mecânicos da cavidade bucal. Bauru; 2012.
18. Colectivo de autores. Guías Prácticas Clínicas de Caries Dental. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2011. p. 2-37.
19. Gispert Abreu E, Nazco Hidalgo N. Caracterización de la caries dental. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. 1ª Ed. La Habana: Editorial Ciencias Med; 2013. 55-67. Disponible en : <http://www.ecimed.sld.cu>
20. Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Programa director para la educación en el sistema de valores de la Revolución cubana. 5 mayo 2012.
21. García del Castillo. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Rev Salud y Drogas [Internet]. 2012 [citado 19 Dic 2015]; 2(12): [aprox. 24 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
22. Rioboo García R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo I y II. 2nd ed. Madrid: Avances Médico-Dentales SL.; 1994.
23. Slade GO, Caplen DJ. Metodológica issues in longitudinal epidemiologic dental caries Community Dent Oral Epidemiol 2013; 27 (4): 236-48
24. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. a la Población. Ed Ciencias Med. La Habana, Febrero 2013.

25. Villa, A. Muzzo, S. El Uso de Fluoruro en la Prevención de Caries. Parte I: Caries Dental, Mecanismo de Acción y Metabolismo del Fluoruro. Rev Chil Nutr Vol 28, N°1, Abril 2013.
26. Álvarez Síntes, R. Temas de Medicina General Integral Tomo I: Salud y Medicina. 4ª ed. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2013.
27. De Aguiar TC, Valsecki Junior A, Rocha Corrêa Da Silva S, Lopez Rosell F, Pereira Da Silva Tagliaferro E. Evaluación de factores de riesgo de padecer caries dental en gestantes de Araraquara, Brasil. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Dic [citado 16 Ene 2014];48(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v48n4/est05411.pdf>
28. Segué Hernández J, Arpízar Quintana R, Chávez González Z, López Morata B, Coureaux Rojas L. Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. Medisan [Internet]. 2010 Feb [citado 16 Ene 2014]; 14(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192010000100008&script=sci_arttext
29. López Vantour AC, Escalona Vega R, González Heredia E, Quinzan Luna AM, Ocaña Fontela N. Efectividad de los colutorios de clorhexidina más flúor en niños de 6 años con alto riesgo de caries. Medisan [Internet]. 2013 Mar [citado 16 Ene 2014]; 17(3): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000300011&script=sci_arttext
30. Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia”. Medisan [Internet]. 2013 Oct [citado 16 Ene 2014];13(5) [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500012
31. Chagas IJ das, Nascimento A do, Silveira MM da. Atención odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. Rev Bras Odontol 2013; 57(5):332–5

32. Méndez D, Cariote N. Prevalencia de Caries Dental y periodontopatías en escolares del Municipio Antolin del Campo. Nueva Esparta. Venezuela. Rev. Latinoamericana de Ortod. Y Odontopediatria. Ortod WS (en línea) 2013 Diciembre.
33. Abreu de la Huerta M del C, Sanjurjo Álvarez M del C, Fornaris Frías MF. Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de prótesis dentales en relación con su uso y cuidados. Rev MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 19 Oct 2005]; 4(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol43609/>
34. Medina Solis C.E Prevalencia de caries de 6 a 12 años de edad. León. Nicaragua [Internet]. 2012[citado 15 Ene 2015]; 3 (35) [aprox. 8 p.]. Disponible en: cemedinas75@hotmail.com.
35. Dhó MS, Vila VG, Palladino AC. Situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2013[citado 25 Ene 2016]; 24(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: silvinadho@gmail.com
36. Abay Debs V, Pérez Álvarez S, Sánchez Martínez R. Análisis de la situación de la salud bucal. Consultorio 22 del Area Centro de Camagüey. Arch Méd de Camagüey [internet] 2003 [citado 24 de noviembre de 2011]; 7(3) [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n3/571.htm>
37. Skudutyte-Rysstad R, Sandvik L, Aleksejuniene J, Eriksen HM. Dental health and disease determinants among 35-year-olds in Oslo, Norway. Acta Odontol Scand 2013; 67(1): 50-56.
38. Hechavarría Pérez ZM. Factores de riesgo de caries dental en pacientes de la Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Correo Científico Méd de Holguín [internet]. 2011[citado 24 de ene de 2013]; 15(4) [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no154/no154ori05.htm>
39. Hidalgo Gato- Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones JA. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2008 Ene-mar [citado 4 de mar de 2009]; 45 (1) [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072008000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

40. Rwenyonyi CM, Muwazi LM, Buwembo W. Assessment of factors associated with dental caries in rural communities in Rakai District, Uganda. Clin Oral Investig [internet]. 2011 [citado 2 de feb de 2015]; 15(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en [:http://www.springerlink.com/content/e526112q6614757w/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/e526112q6614757w/fulltext.pdf)
41. Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE, Hernández Pérez M, Hernández Marín CA. Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental. Consultorio 1ro de marzo. Febrero-octubre 2009. Gac. Spirituana [internet]. 2013 [citado 5 de oct de 2015]; 1(15) [aprox. 6 p.]. Disponible en [:http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/issue/view/10](http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/issue/view/10)
42. González Sánchez A. Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes: Distrito Capital, Venezuela. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2009 [citado 21 Oct 2012]; 46(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. García R, Suarez R. Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva Rev Cubana Endocrinol v.17 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2009.
44. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health. 2012; 56:647-52.
45. [Díaz Reissner C](#), [Pèrez N](#) y [Ferreira Gaona MI](#). Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en universitarios. CES odontología [internet]. 2016 [citado 21 abr 2016]; 29(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.researchgate.net/journal/>
46. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública 2000; 34(2):190-195
47. Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta Odontológica de Venezuela 2006;44 (2):48-50.

Anexo 1

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN:

Consideraciones clínicas-epidemiológicas de la caries dental en la población de 18-34 años de edad de la Parroquia Santa Lucia. República Bolivariana de Venezuela.

Yo _____ he recibido suficiente información sobre los objetivos y características de esta investigación, por los que a través de este documento expreso mi consentimiento a participar en este estudio. Autorizo a su autora para que me realice la entrevista y el tratamiento que así se determine para mi enfermedad. Estoy dispuesto a responder con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas y doy fe que los datos aportados son de validez y confiabilidad.

Comprendo que mi participación en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos y sin que esto repercuta en mi atención sanitaria.

Dado en Parroquia Santa Lucia a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma de la paciente

Firma del Investigador

Anexo 2

PLANILLA DE DATOS PRIMARIOS

HC _____

EDAD:

➤ 18-25 _____

➤ 25-34 _____

Anexo 3

Se evaluaron como factores de riesgo todos aquellos referidos en las Guías Prácticas de Caries Dental y que se contara con los recursos necesarios para medirlos

- Experiencia anterior de caries dental :Se considero la presencia de obturaciones y/o ausencia de dientes por caries
- Cepillado dental incorrecto: Se consideró riesgo, cuando se refirió que se realizaba menos de dos veces al día.
- Mala higiene bucal: Se determinó a través del Índice de Higiene Bucal (eficiencia del cepillado) de Love, el cual consistió en indicarle al paciente que se cepillara, luego se le aplicó la sustancia reveladora de placa dentobacteriana en todos los dientes, se enjuagó y se le indicó en el espejo las zonas mal cepilladas quedando coloreadas por la sustancias se contaron las caras coloreadas de los dientes, se dividieron entre las caras presentes y se multiplicaron por 100. Se consideró riesgo un índice de Love ≥ 20 . Se utilizó como sustancia reveladora de placa dentobacteriana el Plac DENT.
- Flujo salival escaso: Se considero un factor de riesgo ≤ 5 ml por minuto
- Dieta cariogénica: Cuando la frecuencia de ingestión de azúcares o carbohidratos referidos sea mayor de 2 veces al día.
- Saliva viscosa: Se detecto según los resultados de la calidad de la saliva detectada con los dedos del operador.
- Apiñamiento dentario: Para detectarlo se utilizó el Índice de la OMS (índice de maloclusión) y considerando
 - Leves: un diente o más girados, inclinados o con leve apiñamiento o espacio que interrumpe la alineación normal de los dientes).
 - Moderado o severo: anomalías importantes con una condición o más en los incisivos anteriores:
 - a) Overjet maxilar de 9mm o más.
 - b) Overjet mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor que la totalidad de los dientes.

- c) Mordida abierta.
 - d) Desviación de la línea media mayor que 4mm.
 - e) Apiñamiento o espacios superiores a 4mm.
- Anomalías del esmalte: Se considero el diagnostico de opacidad del esmalte (hipoplasia) o fluorosis dental
 - Recesión gingival: Se determino mediante la exploración clínica.
 - Enfermedad periodontal. Se determinó a través del Índice Periodontal de Russell forma OMS revisado (IP-R) para el mismo se utilizó un espejo bucal, una fuente de luz (lámpara), y el explorador calibrado en milímetros de forma mecánica con el aerotor. En el IP-R sólo se registró el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado considerando: afectado a todo individuo con puntaje de IP-R = 1, 2, 6 u 8.

Índice Periodontal de Russell forma OMS revisada.

| Puntaje | Criterio |
|----------------|--|
| IP-R=0 | Encía sana, sin evidencia de alteración |
| IP-R=1 | <u>Gingivitis leve</u> : Área de inflamación en la encía libre no circunscribe al diente |
| IP-R=2 | <u>Gingivitis</u> : Área de inflamación en toda encía libre que rodea al diente ,pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial |
| IP-R=6 | <u>Gingivitis con formación de bolsa</u> : Ruptura de la Adherencia epitelial y evidencia de bolsas no hay Interferencia con la masticación y movilidad dentaria |
| IP-R=8 | Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente. |

- Inflamación: Se consideró la presencia de una encía edematosa, sangrante, úlceras y/o enrojecimiento en la zona examinada.
- Bolsa: Se midió con el explorador calibrado y se consideró la profundización patológica del surco de 3 ó más milímetros

Movilidad: Se comprobó con la utilización de la pinza de algodón colocándola en el punto central de la corona, Se determinó la movilidad según la magnitud del desplazamiento del diente, en la forma siguiente: (según criterios de Laura):

Grado 0: Corresponde a un diente sin movilidad.

Grado 1: Movilidad mínima, por encima de lo normal, aproximadamente 1mm en sentido vestíbulo- lingual.

Grado 2: Movilidad dental que sea más de 1mm en sentido vestíbulo lingual o palatino.

Grado 3: Movilidad dental que sea de 2mm en sentido vestíbulo lingual, más movimiento intrusivo.

Grado 4: Cuando el diente no posee nada de anclaje en el alveolo, donde no hay prácticamente nada de hueso y el diente está detenido sólo por la gingiva.

Se consideró como móvil cualquier diente con grado patológico 1, 2, 3 y 4

- Hábitos nocivos: Se consideró riesgo la presencia al menos de uno de los siguientes :chupeteo de tete, biberón, respirador bucal, bruxismo)
- -Uso de aparatología ortodóncica y/o protésica
- Bajo nivel de conocimientos en educación para la salud. Se consideraron todos los pacientes evaluados de regular y mal según resultados de la encuesta de conocimientos
- Bajo nivel de ingreso: Todo paciente que reciba una percápita familiar inferior a 7000 bolívares
- Bajo nivel de instrucción: Todo paciente clasificado como: Analfabeto, Primaria sin terminar o Liceo terminado o sin terminar.
- Enfermedades sistémicas: Se consideraron como riesgo de caries dental la presencia confirmada de diabetes mellitas, hipoparatiroidismo, epilepsia, parálisis cerebral y avitaminosis.
- Discapacidad física y/o mental

- Embarazo.
 - Otros factores de riesgo. Bajo peso al nacer, personas sometidas a radioterapia, personas medicadas con ansiolíticos, psicofármacos, antihistamínicos y/o sedantes.
- 17 Sin factores de riesgo: Todo paciente que no presente ninguno de los factores anteriores

Anexo 4

Determinación de los riesgos individuales.

| Grado de riesgo | <u>Puntuación</u> | <u>Riesgo</u> |
|--|--------------------------|---|
| Cepillado dental | 3 | Menos de 2 veces al día |
| PDB | 3 | Índice de LÖE y Silnes >1 Índice O'Leary ≥ 20% |
| Flujo salival | 3 | < 5 ml/min |
| Ingestión de azúcar | 3 | > de 2 veces al día |
| Aparato de prótesis u ortodoncia | 1 | Utiliza |
| Enfermedad gingival o periodontal | 2 | Esta presente y no tratada, o tratada inadecuadamente |
| Opacidades del esmalte o hipoplasias | 1 | Presente |
| Fluorosis dental | 1 | Presente |
| Caries | 2 | Presentes y activas |
| Índice CPO-D | 2 | Mayor que el de su grupo |
| Caries en padres, hermanos u otros familiares que convivan | 1 | Presentes y superior al de su grupo |
| Obturaciones defectuosas | 1 | Presentes |
| Hábitos nocivos: tete, biberón, respirador bucal, bruxismo, entre otros. | 1 | Presentes más de uno |

Puntuación positiva (>0): Alto riesgo

Puntuación negativa (<0): Bajo riesgo

Anexo 5.

Encuesta de conocimiento sobre salud bucodental del PNAEI

Actitudes, Conocimiento, Expectativas y Creencias:

1. Acostumbra usted a cepillarse los dientes _____
(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde
2. Cuantas veces al día: _____
(1) Ninguna (2) 1 Vez (3) 2 Veces (4) 3 Veces (5) 4 Veces (12) No responde
3. Lo hace después de comer algún alimento: _____
(1) Si (2) No (12) No responde
4. Duerme usted con las Prótesis: _____
(1) Si (2) No (12) No responde
5. En caso de usar Prótesis con que las limpias: _____ (una sola respuesta)
(1) Con un cepillo dental
(2) Solo con agua caliente
(3) Los remoja en agua corriente durante la noche
(4) Con agua y jabón
(5) Otra. Cual: _____
(11) No sabe (12) No responde
6. Cuántas veces al día los limpia: _____
(1) Ninguna (2) 1 Vez (3) 2 Veces (4) 3 Veces (5) 4 Veces (12) No responde
7. Cree usted que las personas deben visitar al Estomatólogo: _____
(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde
8. Cada que tiempo usted lo visitaría: _____
(1) Una vez al año.
(2) Cada 2 años.
(3) Cuando me duele algo.
(4) Otra. Cual: _____

(11) No sabe.

(12) No responde

9. Cuándo usted fue por última vez al Estomatólogo: ¿Por qué lo visitó? (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Revisión _____

(2) Limpieza Dental _____

(3) Le lastimaba algo _____

(4) Tenía Dolor _____

(5) Para reparar la prótesis _____

(6) Para hacerse una Obturación _____

(7) Para realizarse una extracción _____

(8) Por tener mal aliento _____

(9) Otra. Cual: _____

(11) No sabe.- _____

(12) No responde _____

10. Por qué cree usted que se le "caen" los dientes a las personas. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Porque los dientes se cariaron _____

(2) Porque los dientes se aflojaron y se cayeron _____

(3) Por no visitar al dentista _____

(4) Por la edad _____

(5) Otra. Cual: _____

(11) No sabe. _____

(12) No responde _____

11. Qué cree usted que pueda haber hecho una persona para evitar perder los dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Conocer cómo cuidar sus dientes _____

(2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedades _____

(3) Cepillarse bien los dientes _____

(4) Usar hilo dental- _____

- (5) Usar pastas con fluoruros _____
- (6) No comer demasiados dulces _____
- (7) Cepillarse después de cada comida _____
- (8) Usar flúor _____
- (9) Otra. Cual: _____
- (11) No sabe. _____
- (12) No responde _____

12. Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

- (1) Por qué no se cepilla _____
- (2) Por qué se le movían los dientes _____
- (3) Por qué tenía enfermo los dientes _____
- (4) Por qué come cosas muy duras _____
- (5) Por qué no visita al dentista _____
- (6) Por la edad _____
- (7) Otra. Cual: _____
- (11) No sabe. _____
- (12) No responde _____

13. Como usted cree que una persona que le sangran las encías pueda evitarlo. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

- (1) Conocer cómo cuidarse _____
- (2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedades _____
- (3) Cepillarse bien los dientes _____
- (4) Usar hilo dental _____
- (5) Usando medicamentos _____
- (6) Comiendo alimentos blandos _____
- (7) Cepillarse después de cada comida _____
- (8) Otra. Cual: _____
- (11) No sabe. _____
- (12) No responde _____

14. Para usted que significa que una persona pierda los dientes. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Que se vea feo _____

(2) Que no pueda hablar bien _____

(3) Que no pueda masticar bien _____

(4) Otra. Cual: _____

(11) No sabe. _____

(12) No responde _____

15. Como usted cree que esa persona podría llegar a tener los dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Cepillándolos _____

(2) Usando hilo dental _____

(3) Usando palillos _____

(4) Usando bicarbonato para limpiárselos _____

(5) Haciéndose profilaxis en el estomatólogo _____

(6) Otra. Cual: _____

(11) No sabe. _____

(12) No responde _____

16. Qué cree usted que le pasaría a esa persona si logra mantener sus dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) No sentiría dolor _____

(2) No tendría caries _____

(3) No le sangrarían las encías _____

(4) No tendría mal aliento _____

(5) Se vería mejor _____

(6) No perdería los dientes _____

(7) Hablaría mejor _____

(8) Otra. Cual: _____

(11) No sabe. _____

(12) No responde _____

17. Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo
`diferente`. _____ (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

18. Considera usted, que entonces esta persona debe visitar al Estomatólogo:

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

19. Una persona que tiene pocos dientes o ningunos, y no tiene prótesis, cree usted
que pueda comer cualquier tipo de alimentos: _____ (1) Si (2) No (3) No
sabe (4) No responde

20. Cuando usted cree que una persona deba comenzar a cepillarse los dientes. (No
lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) desde que nace _____

(2) Cuando brotan los primeros dientes _____

(3) Cuando salen los dientes permanentes _____

(4) Otra. Cual: _____

(5) No sabe. _____

(6) No responde- _____

21. Si una persona se hace una extracción dentaria, que usted cree que suceda. (No
lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Nada _____

(2) Se mueven los dientes _____

(3) No se puede comer bien _____

(4) Se ven `feos` _____

(5) Se soluciona el problema fácilmente _____

(11) No sabe _____

(12) No responde _____

22. Que hábitos cree usted que afectan los dientes y los tejidos bucales. (No lea la
lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

(1) Onicofagia _____

(2) Queilofagia _____

(3) Succión Digital _____

- (4) Respiración bucal _____
- (5) Comer alimentos blandos y batidos _____
- (6) Chupeteo del tete _____
- (7) Biberón _____
- (8) Otros. Cual _____

23. En que usted cree que beneficie a un niño el que su madre lo lacte. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que de el cuestionario).

- (1) Nada _____
- (2) Mejor desarrollo de su organismo _____
- (3) Mejor desarrollo de su boca y dientes _____
- (4) Dientes más sanos _____
- (5) Más económica _____
- (6) Más sano el niño _____
- (7) Otra. Cual: _____
- (11) No sabe. _____
- (12) No responde _____

Evaluación:

Las preguntas de una sola respuesta se clasificaran en correcta e incorrecta según responda el encuestado

Las preguntas de respuesta múltiple se clasificaran de correctas si responde acertadamente más de la mitad de las opciones.

- Bien: si respondió de 16 a 23 preguntas correctamente
- Regular: si respondió de 8 a 15 preguntas correctamente
- Mal: si respondió de 0 a 7 preguntas correctamente