

EVALUACIÓN DE ACCIONES EDUCATIVAS PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE CARIES RADICULARES

Evaluation of educational actions for the risk factors control of radicular caries

Dra. Sonia Rodríguez Ramos^I; Dra. Carmen Romero González^{II}; Dra. Lisset Muñoz Fernández^{II}; Dra. Ivis González Moya^I

I. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Camagüey

II. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente.

RESUMEN

Con la finalidad de evaluar el impacto a corto plazo de un sistema de acciones educativas encaminadas a mejorar el autocontrol de los factores de riesgo de caries radiculares, se realizó un estudio de intervención educativa en sistemas y servicios de salud en 49 pacientes del consultorio 48 del área oeste. La investigación se realizó en tres etapas: selección de pacientes y recolección de la información, diseño y ejecución de un sistema de acciones educativas y por último la evaluación. Se aplicó a los pacientes una entrevista con el objetivo de indagar sobre la higiene bucal y percepción de riesgo de padecer de caries radicular y un cuestionario con el objetivo de conocer el nivel de información que resultó regular y mal en el 59.2 % de los pacientes. Los mismos fueron agrupados según necesidades de aprendizaje similares y recibieron actividades educativas individuales y grupales. Luego de aplicar este sistema de acciones se elevó el nivel de información a bien en un 79.5 %, mejoraron la percepción del riesgo y la higiene bucal por lo que se concluyó que la estrategia seguida tuvo un impacto positivo al lograr cambios favorables.

DeSC: factores de riesgo; educación en salud; caries radicular

ABSTRACT

With the purpose to evaluate the short-term impact of a system of educational actions directed to improve the self-control of the radicular caries' risk factors, an educational intervention study in systems and health services was performed in 49 patients of the doctor's office 48 of the western area. The investigation was carried out in three phases: selection of patients and summary of the information, design and carrying out a system of educational actions and finally the evaluation. An interview with the objective to investigate on the oral hygiene and perception of risk to suffer radicular caries and a questionnaire with the objective to know the level of

information that turned out to be regular and badly in the 59.2 %, was applied to the patients. They were grouped according to similar learning needs and they received individual and group educational activities. After applying this system of actions the level of information was elevated to well in a 79.5 %, they improved the perception of the risk and the oral hygiene for which was concluded that the continued strategy had a positive impact to achieve favorable changes.

DeSC: risk factors; health education; root caries

INTRODUCCIÓN

La caries dental es un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, que da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.¹

Estas lesiones pueden aparecer sobre cualquier superficie radicular en la que se pierde el soporte periodontal, suelen situarse debajo de la unión amelocementaria en aquellas superficies radiculares donde la cresta del margen gingival sufre retracción, con la consiguiente exposición de la superficie cementaria.^{1,2}

El tratamiento de la caries radicular suele ser muy complejo porque el acceso a la lesión es muy limitado, lo cual dificulta la preparación de cavidades retentivas, el aislamiento de la zona, la ubicación de matrices y la elección el material de restauración que propicie una adecuada adhesión a la dentina, todas estas lesiones llegan a convertirse en verdaderos retos para el profesional.³⁻⁵ Por lo que se hace muy importante la prevención y el control de los factores de riesgo que propician estas lesiones.⁶⁻⁸ La educación para la

salud es la herramienta fundamental de la promoción y la prevención, esta consiste en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y la sociedad. Debe fundamentarse en una pedagogía de conceptos, comportamientos y actitudes.^{9,10}

El objetivo de nuestra investigación es evaluar el impacto a corto plazo de un sistema de acciones educativas encaminadas al control de los factores de riesgo de caries radiculares.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa en servicios y sistemas de salud en el consultorio #48 perteneciente al área de salud Oeste de la Ciudad de Camagüey, para evaluar un sistema de acciones educativas encaminadas al control de los factores de riesgo de caries radiculares, desde marzo a septiembre de 2005.

El universo de estudio estuvo constituido por 66 pacientes que representan la totalidad de las personas de 35–70 años de edad, con diagnóstico presuntivo de enfermedad periodontal. Se seleccionó una muestra aleatoria de 49 pacientes, la cual se calculó mediante el paquete EPIDAT

La investigación se desarrolló en tres etapas:

En la primera etapa se seleccionaron a los pacientes y se recolectó información. Se incluyeron en la investigación a los pacientes con periodontitis moderada ó avanzada y con enfermedad periodontal distrófica, y a los que estuvieron de acuerdo a participar en el estudio para lo cual se firmó la carta de consentimiento informado. Fueron excluidos de la muestra: a los pacientes con discapacidad física o mental que limiten el aprendizaje, los que no podían asistir a las actividades educativas y a los pacientes cuyo tratamiento implicó al desdentamiento total. Los criterios clínicos que se utilizaron para el diagnóstico fueron la periodontitis, cuando se observó sangramiento, inflamación, recesión,

bolsa, nivel de inserción, movilidad e hiperestesia, la enfermedad distrófica cuando existieron causas como secuela de enfermedad periodontal, secuela de tratamiento periodontal, forma del cepillado (horizontal), frenillo, posición del diente, masticación unilateral y ausencia de antagonista.

Se recogió la información previa a través de un formulario, una entrevista y un cuestionario estructurado.

Se efectuó una lluvia de ideas para determinar los problemas que tienen resolutivez a través de acciones educativas, los cuales fueron ordenados por votación ponderada.

En la segunda etapa se diseñó y ejecutó el sistema de acciones educativas, con la información obtenida se realizó el diseño de un sistema de acciones educativas. Este sistema contó con actividades individuales y grupales. Las acciones educativas individuales se complementaron con actividades grupales concebidas para grupos de pacientes con necesidades de aprendizaje similares y se aplicaron diferentes técnicas afectivas participativas, en un período de siete meses, con una frecuencia semanal.

En la tercera etapa se llevó a cabo la evaluación. Para evaluar el impacto a corto plazo, se midieron los aspectos como el nivel de información sobre factores de riesgo y medidas preventivas de caries radiculares, la higiene bucal y la percepción del riesgo a padecer de caries radiculares.

Para ello se aplicó nuevamente la entrevista, el cuestionario estructurado, el índice de O'Leary para la eficiencia de la higiene bucal, se determinó la higiene de las prótesis dentales según el criterio de Vigil.^{9,10}

Con el objetivo de describir la percepción de este grupo de pacientes sobre el sistema de acciones educativas se realizó una técnica herramienta del pensar: positivo, negativo e interesante (PNI).

Los datos sirvieron de fuente para la confección de las tablas. Los resultados finales se presentaron en tablas de distribución de frecuencias, se analizaron según estadística descriptiva y se confeccionaron tablas de contingencia según

estadística inferencial y la prueba de chi cuadrado con una confiabilidad del 95 % a través del paquete estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS

Según el nivel de información que presentaron los pacientes del estudio, se observó que antes de realizar todas las acciones educativas 20 pacientes se encontraban en la categoría de bien (40.8 %) de la población en estudio, y en la categoría de regular la mayor cantidad de pacientes (48.9 %); al finalizar el estudio 16 de ellos pasaron a la categoría de bien para un total de 39 pacientes (79.5 %), sólo quedaron dos pacientes en la categoría de mal por ser de los que se ausentaron a varias actividades educativas (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de Información de la población estudiada antes y después

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
B	20	40.8	*39	79.5
R	24	49	*8	16.3
M	5	10.2	*2	4,0
Total	49	100	49	100

*p = 1.57E-09

Al comparar la higiene bucal antes y después de las acciones educativas según índice de O'Leary se apreció que al iniciar el estudio 18 personas presentaron higiene aceptable y al finalizar el corte evaluado lograron pasar a la categoría

de aceptable 24 pacientes (85.7 %) y quedaron siete pacientes en la categoría no aceptable, lo que fue estadísticamente significativo ($P < 0.05$) (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de la higiene bucal antes y después de las acciones educativas

según índice O' Leary

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Aceptable	*18	36.7	**42	85.7
No aceptable	*31	63.3	**7	14.2
Total	49	100	49	100

Fuente: Encuesta

* $p = 0.0270$

** $p = 1.857E-06$

Con respecto a la higiene de la prótesis antes de las acciones educativas, se observó que de 14 pacientes portadores de prótesis, sólo tres estaban en la categoría de bien, encontrándose el mayor por ciento en la categoría de regular (50 %) y después de realizadas las acciones educativas siete de estos pacientes pasaron a la categoría de bien (71.4 %) y quedaron cuatro en la categoría de regular (Tabla 3).

Tabla 3. Higiene bucal antes y después de las acciones educativas según índice

de Vigil

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
B	3	21.4	10	71.4
R	7	50	4	28.5
M	4	28.5		
Total	14	100	14	100

Fuente: Encuesta

Según la frecuencia del cepillado en la población estudiada se pudo observar que 33 pacientes tenían una frecuencia incorrecta antes de aplicadas las acciones educativas (67.3 %), en este grupo quedaron nueve pacientes (18.3 %), ascendieron a la frecuencia correcta 40 pacientes (81.6 %) lo que fue significativo estadísticamente ($P < 0.05$) (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia del cepillado antes y después de las acciones educativas

Frecuencia	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcta	*16	32.6	**40	81.6
Incorrecta	*33	67.3	**9	18.3
Total	49	100	49	100

Fuente: Encuesta

*p = 4.807E-03

**p = 5.374E-09

La percepción de riesgo a enfermar se incrementó después de realizadas las acciones educativas, lo cual está en correspondencia con los logros alcanzados en el nivel de información ya comentados anteriormente y habló a favor de una concientización de los problemas de salud que padecen estos pacientes (Tabla 5).

Tabla 5. Percepción del riesgo a enfermar

Percepción del riesgo	Antes	Después
	No.	No.
Padecer caries radiculares	21	49
Consideran su dieta adecuada	29	40
Consideran su cepillado correcto	21	43
Consideran que la enfermedad periodontal que padece favorece la aparición de caries	19	49

Fuente: Encuesta

La percepción del grupo de estudio en cuanto al sistema de acciones educativas según el PNI fue la siguiente:

Aspectos Positivos: Lo que aprendí ya he podido hacerlo. La relación estomatólogo–paciente–TAE fue la mejor y por eso tuvimos éxitos. No importa la edad, sino la voluntad que tengamos para aprender algo nuevo. Modificamos y disminuimos algunos hábitos que iban en contra de nuestra salud bucal.

Aspectos Negativos: El horario. Debería ser por más tiempo para estar seguro de nosotros mismos. Tuve que asistir a varias sesiones y en ocasiones me fue imposible estar.

Aspectos Interesantes: Las técnicas empleadas permitieron la unión del grupo y a su vez el aprendizaje. Fue muy dinámico el trabajo realizado. A través de juegos pudimos aprender y a la vez medir nuestros conocimientos.

DISCUSIÓN

Los cambios en el nivel de información son de gran valor pues influyen en el componente cognoscitivo de la actitud, que es la más difícil de modificar por ser muy compleja y estable.^{11,12}

Cada persona tiene necesidades especiales de higiene bucal que no pueden determinarse sin la ayuda de un estomatólogo, pero la observancia de un programa diario de prácticas higiénicas es asunto estrictamente individual. Para que las prácticas de higiene bucal sean eficaces se impone la necesidad de educar al individuo para crear hábitos que le permitan prevenir o atenuar las caries y enfermedades periodontales por medio de una higiene bucal adecuada.^{13,14}

Algunos estudios plantean que si un programa educacional incluye una fuerte motivación e instrucción reiterada y controlada de la higiene bucal, disminuye la incidencia de caries y enfermedades periodontales, pues existe un mejor control del factor etiológico de la placa dentobacteriana, lo cual coincide con nuestra investigación. Los resultados obtenidos confirman que la higiene de la prótesis se considera como un factor importante en la aparición de caries radiculares en dientes pilares por la acumulación de la placa.^{15,16}

La enseñanza del correcto cepillado mediante eficaces métodos hizo tomar conciencia a los pacientes de su problema individual, lo cual los ayudó a modificar hábitos y actitudes, éstos resultados coinciden con otras investigaciones.^{17,18}

La percepción acompaña a cualquier actividad que se realiza y responde a nuestros intereses, por esto se realizaron técnicas educativas mediante las

cuales los pacientes pudieron ampliar sus conocimientos, lograr cambios significativos en los estilos de vida y crear habilidades en su auto cuidado.^{19,20}

Los buenos resultados obtenidos en ésta y otras investigaciones indican que programas y estrategias educativas donde se aplica metodología participativa tiene fundamental importancia en los cambios de actitud en cuestiones de salud bucal.^{21,22}

CONCLUSIONES

1. El nivel de información, la percepción de riesgo de padecer de caries radiculares y la higiene bucal, mejoraron después de aplicado el sistema de acciones educativas.
2. El nivel de información, la percepción de riesgo de padecer de caries radiculares y la higiene bucal, mejoraron después de aplicado el sistema de acciones educativas.
3. Prevalcieron las categorías de positivo e interesante en las percepciones que el grupo brindó sobre el sistema de acciones.
4. La aplicación del sistema de acciones educativas para el control de los factores de riesgo de caries radiculares cumplió su objetivo como lo evidencia la comparación de los indicadores establecidos para esta actividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales M de la C. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p. 23-33, 233-5, 521-32.

2. Hazen SP, Chilton NW, Mumma RD. The problem of root caries. I. Literature review and clinical description. J Am Dent Assoc 2000; 86: 137.
3. Stamm JW, Basnting DW, Imrey PB. Adult root caries survey of two similar communities with contrasting natural water fluoride levels. J Am Dent Assoc 1999; 120: 143-9
4. Takano N, Ando Y, Yoshihara A, Mujasaki H. Factors associated with root caries incidence in a elderly population. Community Dent Health 2003; 20 (4): 217-22.
5. Hara AT, Magalhães CS, Rodríguez Jr AL, Serra MC. Caries inhibition around adhesive restorations in roots: in vitro study. Pesqui Odontol Bras 2000;14 (2):113-118
6. Avellaneda Duarte DP, Casas López GP, González Pedraza DG, Silva Rojas YL, Jacome Lievano S, Harold Estrada J. Capacitación en promoción en salud oral a través de una metodología participativa con promotores y en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Condinamarca) Duitama (Boyacá). Rev Fed Odontol Colombia 1998; 194: 83-9.
7. García R. Hernández Meléndez E. Heredero Baute L, Torres Hernández M, Zaldivar Pérez D. Módulo de educación para la salud. Guía y materiales de estudio. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002.
8. Portillo JAC, Paes AMC. Autopercepção de qualidade de vida relativa a saúde bucal. Rev Bras Odontol Saúde Colectiva 2000, 1 (1): 75-888
9. Carranza FA. Compendio de periodoncia. 5ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996.p. 73-80, 112-13
10. Balda García M. Prevención y mantenimiento de la salud bucal. En: Río Highsmith 1 del. Odontología integrada para adultos. Madrid: Editorial PUES; 1999.p.299-315.

11. Dinelli W, Corona SAM, García PPNS. Dinelli TC dos S. Companhas de prevenção e motivação em odontologia- novos caminhos. PII. Odonto 2000; 2 (1): 8-13.
12. Ringel R, Canepa C, Guelfi C, Vsconti M. Enseñanza–aprendizaje en servicios de salud y comunidad. Rev Bras Odontol Saúde Colectiva 2000;2 (1): 75-82.
13. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldivar C. Estrategias y resultados de la atención estomatológica en el adulto. Rev cubana Estomatol. 2003; 40(1). [fecha de acceso 24 de junio de 2005]. [en línea]. URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol 401 03/est 08/03.htm>.
14. Rivas Gutiérrez J, Soler Luevano M, Treriño Rebollo M. Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la Ciudad de Zacateca, México. Rev ADM 2000; 57(6): 218-21
15. Steele JG, Sheiham A. Marcenes W, Fay N, Wall AW. Clinical and behavioural indicators for root caries in older people. Gerodontology 2001; 11 (2): 95-101.
16. Pinzón Pulido SA, Gil Montoya JA. Validación del Índice de Salud Oral en Geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. Rev Española Geriátrica Gerontología 1999; 34(5): 273-82.
17. Munevar Torres AM, Rojas García JK, Marín Zuluaga DJ. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la UN durante el primer semestre del año 2000 y cual es la percepción que tienen sobre su propio estado de salud bucal. Rev Fed Odontol. Colombia 2002; 2001: 7-32.
18. Colgate. El mundo del cuidado bucal. Adolescentes [fecha de acceso 20 de julio de 2005]. En línea]. URL disponible en: <http://www.colgate.es/oral care/life stages/ov tecnagers.htm>.

19. Pedroso R, Ledesma de Medina M del P, Nucci MCP de. El área de odontología en el proyecto UNI Tucuman, Argentina. Rev. Bras Odontol Saúde Colectiva 2002; (1): 63-5
20. García R, Hernández Meléndez E, Heredero Baute L, Torres Hernández M, Zaldívar Pérez D. Módulo de educación para la salud. Guía y materiales de estudio. Ciudad de la Habana: MINSAP, 2000.
21. Menéndez OR, Cordon Portillo JA. Agenda 21: Qué debe esperarse y buscarse para la estomatología del futuro. Rev. Bras. Odontol. Saúde Colectiva 2001; 1 (2): 30-44.
22. Jiménez Mesa L; Hernández Gutiérrez M, Alemán Garibaldi N. Situación de salud bucal de 20 familias pertenecientes al consultorio 30-2 2005; 3(2). [fecha de acceso 25 de agosto de 2005]. [en línea] URL disponible en: <http://capiro.cvl.sld.cu/medicentro/c3n299/sit.htm.medicentro>.

Recibido: 21 de julio de 2006

Aprobado: 8 de septiembre de 2006

Dra. Sonia Rodríguez Ramos. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Camagüey