

CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO ACERCA DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE SALUD ORAL – 1999

Melgar Hermoza RA, ME*

Delgado Angulo EK, CD**

* Docente Asociado, Departamento Académico de Atención del Niño y el Adolescente, Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia

** Docente Auxiliar, Cátedra de Microbiología. Facultad de Odontología. Universidad de San Martín de Porres.

I. RESUMEN

Se realizó una encuesta a 417 sujetos mayores de 18 años residentes en diferentes distritos de Lima Metropolitana y el Callao, acerca de medidas preventivas de salud oral.

27.96% de la población respondió correctamente que la higiene bucal debe empezar desde el nacimiento, 39.06% que el momento más importante para realizar la higiene bucal es por la noche, antes de acostarse; 45.97% coincidió que el momento de la primera visita al odontólogo debe realizarse al aparecer el primer diente y 60.43% reconoce que la frecuencia de visitas al odontólogo debe ser cada 6 meses; 52.97% de la población conoce que lo más importante en un pasta dental es que esté fluorada y el 45.57% de los encuestados está informado de la presencia de flúor en la sal; 56.48% de la población que dice saber la utilidad de los sellantes respondió que son empleados como prevención; 94.99% sabe que los alimentos más dañinos para los dientes son los que contienen azúcar y el 27.06% respondió que dentro de estos lo más nocivos son los que tiene consistencia pegajosa. Únicamente 1.41% de la población encuestada respondió correctamente a todas las preguntas.

Conclusión: Es de suma importancia desarrollar un programa educativo en medidas preventivas de salud oral no sólo dirigido a niños sino también a adultos ya que ellos serán los encargados de transmitir la información y hábitos correctos a los niños.

Palabras clave: Conocimientos, salud oral, adultos

II. ABSTRACT

Some previous studies have described all the benefits of prevention such as good oral hygiene, regular dental check-up, well balanced diet, use of flouridated toothpaste and toothbrush and pits sealants applications. It's important to develop a prevention and educational program, but in order to do it, we must know what population know about prevention.

Just 1.41% answered right to every question. 27.96% know that hygiene must start since birth, 45.97% know that parents should take their infant to the dentist just after the first ooth appears, 52.97% know that the most important thing on a toothpaste is to contain fluoride, 56.45% know that pits and fissure sealants are used to prevent tooth decay. 21.19% know that sticky suggars are the most harmful for teeth.

Conclusion: It's very important to develop an educational program not just for kids, also for adults because are they who teach children about oral health.

Key words: Knowledge, oral health, adults

III. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dentales constituyen un problema general de salud pública en la mayor parte del mundo.¹ Ya se ha descrito los beneficios del uso de medidas preventivas tales como buenos hábitos de higiene oral, control odontológico periódico, hábitos dietéticos adecuados, uso de flúor tópico y sistémico, y la aplicación de sellantes de fosas y fisuras y se ha propuesto la importancia de desarrollar un programa de educación sanitaria a nivel comunitario¹⁻⁴ que incluya métodos preventivos aplicados a la población, pero para poder aplicar este programa, debemos primero tener una idea de cuánto sabe la población sobre medidas preventivas de salud oral.^{2,5}

Las medidas preventivas pueden ser clasificadas como medidas comunitarias, medidas individuales de autocuidado y medidas individuales realizadas profesionalmente. Las medidas preventivas basadas en la comunidad son aquellas organizadas por las autoridades públicas para mejorar la salud dental de toda la comunidad y como tales son el centro primario de las actividades de salud pública. Sin embargo, ellas también pueden apoyar actividades de profesionales específicas y promover el autocuidado.^{5,6} Algunas de las medidas comunitarias pueden requerir decisiones gubernamentales o colectivas. Además se pueden organizar campañas de educación para la salud dental a gran escala por la profesión dental, gobierno y grupos no profesionales.⁵

Un programa completo para el control de la caries dental incluye un número de procedimientos – como mejorar la higiene oral o disminuir el consumo de carbohidratos en la dieta¹ – que un individuo motivado puede realizar en su casa. Estos procedimientos son fáciles de entender pero requieren el interés y la motivación del individuo si se quieren aplicar con la consistencia necesaria. Es probable que no todas las personas empleen estos procedimientos y que aquellas que lo hagan, los realizarán con distintos grados de eficacia. Estas medidas de autocuidado individual incluyen el uso de pasta dental fluorurada y el cepillo dental.⁵

Las medidas individuales realizadas por un profesional requieren la disponibilidad de personal profesional caro^{1,5} y todavía existe el problema que muchas personas no van al dentista por razones preventivas y de que muchos dentistas aún no han adoptado un enfoque preventivo.⁵

Los buenos hábitos de higiene oral nos aseguran la eliminación de la placa. Aunque una buena higiene oral puede mejorar la salud dental a través de su efecto en la salud periodontal, existe controversia en cuanto a la eficacia del cepillado dental en la prevención de la caries dental. Algunos autores refieren que el cepillado de los dientes sólo resulta eficaz en la prevención de la caries dental cuando se usa un dentífrico fluorurado,^{5,7-10} mientras otros le confieren propiedades preventivas por sí mismo.¹¹ Los puntos más expuestos al ataque de la caries dental son las fosas y fisuras en las superficies oclusales y las superficies proximales lisas, lugares muy difíciles de acceder con la limpieza oral regular; algunos métodos de limpieza interdental, como el hilo dental, pueden eliminar la placa de las superficies proximales de los dientes.⁵

Se ha establecido la necesidad de realizar controles odontológicos periódicos para así poder detectar cualquier problema en un estadio inicial o, en el mejor de los casos, para evitar la aparición de enfermedades orales. El comportamiento frente a esta necesidad depende de las influencias sociales y puede variar de ciudad en ciudad. Así, hay países en los que se recomienda controles cada seis meses, controles anuales o, dependiendo generalmente de la salud oral de la población, controles periódicos con intervalos no mayores de dos años.^{12,13} En nuestro medio se recomienda realizar controles odontológicos cada seis meses debido a la poca importancia que se brinda en nuestro país a la salud dental.

El consumo de comidas fibrosas, como frutas o verduras, previene la caries dental.⁵ Estas pueden reducir la prevalencia de caries dental si se consumen en lugar de productos azucarados, ya que producen placa bacteriana con alto contenido de fluoruros sin causar desmineralización; además, no hay evidencia en poblaciones humanas que los almidones puedan causar caries dental. La evidencia de la relación entre el azúcar y la caries dental es abrumadora: es imposible inducir caries dental sin la adición de sacarosa en la dieta; así, el aumento en la frecuencia de consumo de azúcar está vinculado al incremento en la experiencia de caries dental.^{5,7,8,14,15}

Es indudable que el uso de fluoruros en forma individual o comunitaria ha demostrado ser el método más eficaz en la reducción de la prevalencia de caries dental. En el campo de la nutrición se considera al fluoruro como un oligoelemento esencial sobre todo por su función importante de prevenir la caries dental. La manera más eficaz de emplear los fluoruros para la prevención de la caries dental ha sido la fluoruración de los abastecimientos de agua de la comunidad. Después del agua, la sal es el vehículo preferido para hacer llegar los fluoruros a la comunidad puesto que se consume de modo universal y está al alcance de todo el mundo.¹

Durante las últimas décadas se ha observado una disminución significativa de caries dental tanto en países con fluoruración del agua de consumo como en los que no cuentan con este beneficio; al estudiar el agente causal de este fenómeno se encontró que en todos estos países se contaba con dentífricos fluorurados al alcance de la población.¹⁶ Un dentífrico con una fórmula correcta puede contener fluoruro de estaño, fluoruro sódico, monofluorofosfato sódico o fluoroaminas con abrasivos adecuados para asegurar la viabilidad biológica de los fluoruros. La concentración de fluoruros por lo general es de un 0.1%. Un gramo de dentífrico que contenga 1000 ppm de fluoruros es equivalente a 1 mg de fluoruro.^{5,8}

Se sugiere que el tipo de cepillo no tiene importancia. Es obvio que los niños deben usar cepillos dentales más pequeños y que se pueden recomendar diferentes tamaños y grados de suavidad dependiendo de la habilidad manual, entusiasmo y salud oral de cada persona.⁵

Las fosas y fisuras ubicadas en las caras oclusales de las piezas posteriores son los sitios donde más comúnmente se inician las lesiones de caries dental pero son también los lugares que menos se benefician del efecto de los fluoruros. Los sellantes son un recubrimiento plástico que se aplica sobre las superficies oclusales de los molares y sobre las fisuras de las superficies libres de los dientes. Pueden ser transparentes, relativamente invisibles y opacos y relativamente fáciles de detectar. Los sellantes son eficaces en su protección contra la caries dental mientras permanezcan en su sitio.^{5,14,17}

En 1982, Misrachi y Sapag realizaron un estudio para contribuir a aumentar los conocimientos sobre factores predisponentes y facilitadores de conductas de salud oral para seleccionar focos de intervenciones educativas en esa área, encontraron que para los niños la medida más importante para prevenir la caries dental es el cepillado dental, pero el 33% tenía una actitud negativa frente al cepillado nocturno. La mayoría atribuye a los dulces un efecto dañino sobre la superficie de los dientes y el miedo al dentista es más frecuente entre los niños que no han recibido atención dental.¹⁸

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal.

La población de estudio estuvo compuesta por los adultos residentes en Lima Metropolitana y el Callao, seleccionando un grupo de estudio de 417 sujetos.

Se realizó una encuesta (anexo 1) a cada sujeto para determinar su edad, sexo, grado de instrucción y sus conocimientos o creencias con respecto a cinco temas: higiene oral, control odontológico, dieta, uso de pasta dental fluorurada y el uso de sellantes de fosas y fisuras.

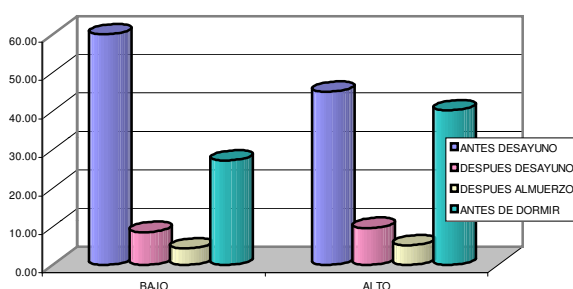
Para analizar los datos se estratificó a los sujetos por grupos etáreos – adolescentes, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores – y por grado de instrucción: alto si tiene al menos secundaria completa y bajo si su grado de instrucción fuera secundaria incompleta o menor.

V. RESULTADOS

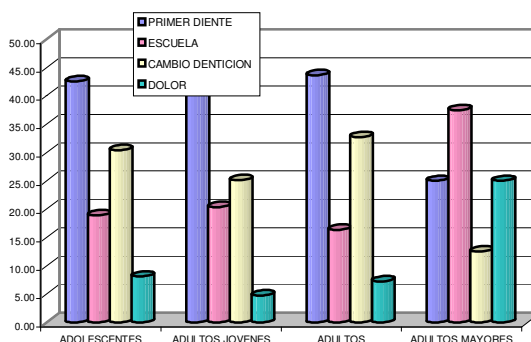
El promedio de edad en la población estudiada fue de 31.38 años (ds=10.75) y el 75% de los sujetos tenían 36 años o menos.

El 1.41% de la población estudiada respondió correctamente a todas las preguntas formuladas, siendo el grupo de adultos jóvenes los que tuvieron un mejor desempeño.

Al preguntar acerca de cuándo debía empezar la higiene oral, los adolescentes respondieron correctamente – desde el nacimiento – en un 28.28%, los adultos jóvenes en un 27.70%, adultos 26.79% y los adultos mayores en un 37.50%. Al analizar las respuestas sobre cuál es el momento más importante del día para realizar la higiene oral, el 27.14% de los sujetos con grado de instrucción bajo respondieron correctamente – en la noche – mientras el 40.23% de los sujetos con grado de instrucción alto respondieron de manera correcta.

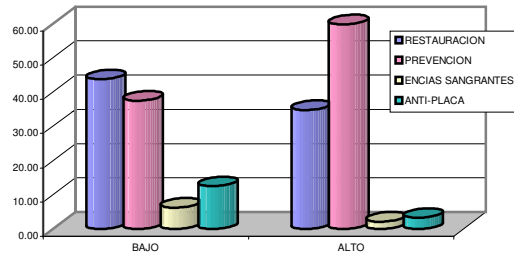


La primera visita al dentista debe realizarse al aparecer el primer diente en boca, así lo respondió 42.57% de los adolescentes, 49.76% de los adultos jóvenes, 43.64% de los adultos y 25.00% de los adultos mayores.

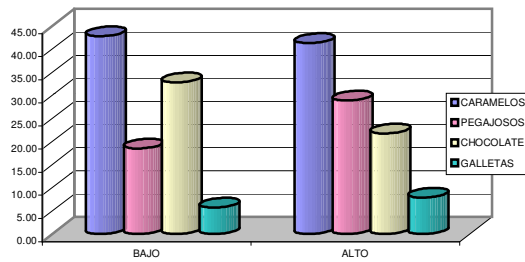


Al preguntar acerca de lo más importante en una pasta dental – que contenga flúor – respondió correctamente el 34.78% de los sujetos con grado de instrucción bajo y el 56.53% de los sujetos con grado de instrucción alto. En Lima, el alimento que contiene flúor es la sal de consumo, así lo reconoce el 40.00% de los sujetos con grado de instrucción bajo y el 46.74% de los sujetos con grado de instrucción alto.

Los sellantes son empleados como método preventivo contra la caries dental en fosas y fisuras, es así como respondió 37.50% de sujetos con grado de instrucción bajo y 59.78% de los sujetos con grado de instrucción alto.



El 95% de los sujetos reconocen a los dulces como dañinos para la salud oral, pero únicamente el 18.57% de los sujetos con grado de instrucción bajo y 28.90% de los sujetos con grado de instrucción alto reconocen que las golosinas más dañinas son aquellas de consistencia pegajosa, mientras que alrededor del 40% en cada grupo cree que las golosinas más dañinas son los caramelos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo D, Gillespie G, Vélez H. Estudio sobre la fluoruración de la sal. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1972; 418-43.
2. Mirrachi C, Saéz M. Comportamientos de búsqueda de salud oral: factores determinantes, en poblaciones urbano marginales. *Odontología Chilena* 1995; 43: 7-13.
3. Bian JY, Zhang BX, Rong WS. Evaluating the social impact and effectiveness of four-year "Love Teeth Day" campaign in China. *Adv Dent Res* 1995; 9: 130-3.
4. Pertersen PE, Hadi R, Al-Zaabi FS, Hussein JM, Behbehani JM, Skougaard MR, Vigild M. Dental knowledge, attitudes and behavior among Kuwaiti mothers and school teachers. *J Pedodontics* 1990; 14: 158-64.
5. Joint Department of Community Dental Health and Dental Practice. Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de las enfermedades dentales comunes. Facultad Médica de la University College e Instituto de Odontología del Hospital de Londres. Monograph Series N°2, 1990.
6. Fejerskov O. Strategies in the design of preventive programs. *Adv Dent Res* 1995; 9: 82-8.
7. Davis RM, Holloway PJ, Ellwood RP. The role of fluoride dentifrices in a national strategy for the oral health of children. *Br Dent J* 1995; 5: 84-7.
8. Imfeld T. Efficacy of sweeteners and sugar substitutes in caries prevention. *Caries Res* 1993; 27(supp 1): 50-5.
9. Mirrachi C. Consideraciones para el mejoramiento de la salud oral en países en vías de desarrollo. *Odonto Chilena* 1990; 38: 60-5.
10. Stephen KW. The value of anti-caries and anti-plaque dentifrices at a community level. *Adv Dent Res* 1995; 9: 127-8.
11. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers. *Scand J Dent Res* 1994; 102: 269-73.
12. Sheiham A. Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations? *The Lancet* 1977; August: 442-4
13. Shou L, Blinkhorn A. Oral health promotion. Oxford Medical Publications. Great Britain, 1993.
14. OMS, Serie de Informes Técnicos. Los fluoruros y la salud buco-dental. Informe de un comité de expertos de la OMS en el estado de salud bucodental y el uso de fluoruros. Ginebra, 1994.
15. Swift E. The effect of sealants on dental caries: a review. *J Am Dent Assoc* 1998; 116
16. Villena R, Issáo M, Cury J. Estudio de la disponibilidad y estabilidad del flúor de los dentífricos comercializados en el Perú. *Rev Estomatol Herediana* 1994; 4: 12-20.
17. Holm AK. Education and diet in the prevention of caries in the preschool children. *J Dent* 1990; 18: 308-14.
18. Mirrachi C, Sapag R. Factores predisponentes y facilitadores de las conductas de salud oral en niños de 6 a 8 años. *Cuad Med Soc* 1992; 4: 43-51.