

**CLINICA ESTOMATOLÓGICA  
"JULIO ANTONIO MELLA"  
GUANTÁNAMO**

**REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA PREVENCIÓN DE  
URGENCIAS PROVOCADAS POR CARIES DENTAL EN  
ADOLESCENTES**

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

- 1 Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.*
- 2 Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Periodontología.*
- 3 Licenciada en Tecnología de la Salud en Estomatología. Instructor.*

---

**RESUMEN**

Se realiza una revisión bibliográfica para valorar los referentes teóricos que sustentan la prevención de las urgencias provocadas por caries dental en adolescentes. Se abordan aspectos, como: factores de riesgo, tratamientos preventivos y labores de promoción de salud. Se considera la educación a los adolescentes como la forma más eficaz para evitar caries dental.

**Palabras clave:** referentes metodológicos, caries, adolescentes.

---

**INTRODUCCIÓN**

La caries dental se define como 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 placa circundante, da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.

En la formación de la caries dental se involucran según Newbrun varios factores: huésped, bacterias, sustrato (azúcares fermentables), así como el tiempo. En este proceso 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.

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud por las posibilidades de predecir un acontecimiento, tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo cual ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para establecer prioridades y tomar decisiones.

Por otra parte, se conoce que en cuanto a la relación caries-dieta existen pruebas más que suficientes para establecer como un hecho que la ingestión de sacarosa, la frecuencia del consumo y la cantidad induce a placa y caries dental.

La presencia de maloclusiones y, muy en especial, el apiñamiento dentario provocan la acumulación de restos de alimentos y por consiguiente de placa dentobacteriana pues se dificulta la limpieza y remoción adecuadas y sería un factor que tiende a aumentar el riesgo a caries dental.

## **DESARROLLO**

Es común en la adolescencia la aparición de conflictos en su relación con los adultos que agudizan la llamada "crisis de la adolescencia" y que conlleva en no pocas ocasiones a la ruptura de reglas establecidas hasta ese momento como forma de rebeldía, por lo que es usual el abandono de hábitos de higiene que existían durante la etapa precedente.

Con todos los argumentos expuestos anteriormente se considera de gran utilidad la caracterización de nuestra población adolescente (12-15 años) y su clasificación, teniendo en cuenta los factores de riesgo que sean posibles identificar y evaluar en nuestro medio, para en un futuro implementar estrategias educativas que promuevan un cambio de conducta y reducir la proporción de adolescentes con caries dental.

El Sistema Nacional de Atención Estomatológica plantea como uno de sus objetivos prioritarios incrementar la población sana mediante acciones de promoción y prevención de salud sobre el individuo, la familia y la comunidad, basado en el estudio de los factores de riesgo.

Existe una tendencia dentro de nuestra profesión a simplificar esta relación al establecer la igualdad de los factores, o sea que la formación de caries dental es una función lineal de la cantidad de azúcar ingerida, pues las pruebas existentes demuestran que las condiciones en las cuales son ingeridas son más importantes como determinante de su potencial cariogénico que la cantidad de azúcar que ellos contienen; en tanto, las formas adhesivas tienen una fuerte tendencia a ser retenidas en la boca, existiendo una "escala de peligro" de los alimentos cariogénicos según su mayor o menor potencial de agresión.

Los pacientes con apiñamiento dentario están afectados por caries dental, factor este que tiende a aumentar el riesgo a la enfermedad, pues provoca acumulación de restos de alimentos y, por tanto, de placa dentobacteriana la que dificulta su eliminación de forma adecuada. Esta situación confirma la necesidad absoluta de supervisar cuidadosa y frecuentemente la oclusión durante el período de erupción activa. Las maloclusiones conjuntamente con la caries dental actúan como factores causales recíprocos, ya que la pérdida de los dientes por caries dental conlleva a pérdida de la longitud del arco, motivando irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estos, lo que predispone a caries dental.

Las afecciones de alteraciones bucodentales son enfermedades que tienen alta prevalencia en la mayoría de la población mundial, que de prevenirse y/o detenerse no sólo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias (amigdalitis, otitis, faringitis) y otras como fiebre reumática, cardiopatía reumática, valvulopatía, miocarditis, endocarditis, problemas digestivos por deficiencias masticatoria debido a la falta de dientes o alteraciones en la articulación temporomandibular y maloclusiones.

Los Estados Unidos Mexicanos de acuerdo con la clasificación internacional de la OMS se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia de enfermedades bucales, entre ellas la caries dental que afectan a más del 90 % de la población.

En estudios previos realizados en Nicaragua se obtuvo una prevalencia de caries del 75 % y un índice de caries en dentición temporal de 4.36 y 11.62 en dientes permanentes.

En Venezuela se constató una prevalencia de aproximadamente 90 %. Algunos autores determinan que los factores predisponentes son hábitos

de higiene bucal deficientes, malos hábitos alimentarios y otros factores relacionados con la cultura en general.

### **Velocidad de formación de la lesión**

Comúnmente la caries en el hombre se considera una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante un período de meses o de años. Las estimaciones acerca de la velocidad con que una lesión incipiente en niños se convierte en una caries clínica son más o menos entre 6 y 18 meses. En general, la probabilidad anual de aparición de caries alcanza un pico, hasta los 2 años después de la erupción de los dientes y declina después de este tiempo, reflejando posiblemente una "maduración" post eruptiva de la superficie del esmalte.

Una lesión activa de caries puede detenerse en cualquier estado de progresión a través de la interrupción del desequilibrio entre la sustancia dental y la placa bacteriana circundante, es decir, a través de la remoción de placa dentobacteriana.

### **Progresión de la lesión**

En relación con el tiempo, se observa que los fenómenos que ocurren en la estructura dentaria cuando se establece un desequilibrio entre ésta y la placa cariogénica circundante se caracterizan desde el principio de la lesión por la participación de la superficie del esmalte. Cuando la lesión del esmalte progresa, ésta lo hace a través de la dirección de los prismas. En la lesión de superficies lisas, ésta es típicamente de forma cónica, con la base en la superficie; el mayor grado de porosidad tisular se encuentra a lo largo de una línea imaginaria que va desde el punto más profundo de la penetración de la lesión hacia la superficie. En fosas y fisuras, la desmineralización del esmalte sigue la dirección de los prismas, asumiendo la forma de un cono con la base hacia la unión amelo-dentinal.

La formación de una microcavidad, acelera la desmineralización y destrucción. Con el proceso de destrucción del esmalte se forma una cavidad que refleja la disposición prismática. La destrucción por caries siempre inicia en la superficie del esmalte debido a las actividades metabólicas en los acúmulos bacterianos en la superficie. Una vez que la desmineralización ha llegado a la dentina, la progresión de la lesión es más rápida por ser un tejido más orgánico que el esmalte. Ante la injuria clínica, los odontoblastos pulpaes empiezan la producción de dentina esclerótica y reparativa. Dependiendo del desequilibrio, la rapidez de desmineralización puede ser mayor que la respuesta de

defensa de la pulpa, llegando a alteraciones pulpares, bien sean reversibles o irreversibles

La salud bucal de niños y adolescentes es sumamente importante para su salud considerando las limitaciones y daños que conllevan las enfermedades bucales para la nutrición, fonación, comunicación interpersonal y estética, principalmente, siendo las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, realizadas desde el mismo nacimiento, por el equipo de salud y el estomatólogo las que garantizan mantener la salud bucal a través de toda la vida.

Fundamental es el examen de la cavidad bucal como parte del examen físico, detectando tempranamente cualquier alteración y riesgos, así como desarrollando estilos de vida adecuados para la salud.

Entre los 12 y 15 años se debe tener en cuenta que durante esta etapa se completa el brote de los dientes permanentes y, por lo tanto, la higiene bucal debe ser muy constante al estar estos inmaduros y ser más propensos a caries dental, además de incrementarse la frecuencia de ingestión de golosinas, disminuir el cepillado dental en los horarios de la escuela. Por otra parte el propio proceso de erupción puede alterar los tejidos blandos y duros y asociarse a procesos patológicos.

En esta etapa de la vida es donde se comienza a evidenciar un incremento mayor de enfermedades bucodentales, principalmente caries y periodontopatías, causas de pérdidas prematuras de los dientes, con la consiguiente afectación a las funciones y a la estética de los adolescentes.

Es importante la sensibilización de los adolescentes, padres y maestros en el cuidado de los dientes en estas edades y de extremar las medidas de higiene bucal, así como las visitas al estomatólogo cada seis meses aunque estén sanos.

- Examen bucal y facial del adolescente en todas las visitas. Realizar examen para prevenir cáncer bucal y enseñar la realización del autoexamen de la cavidad bucal.
- Indicar la visita al estomatólogo cada 6 meses, insistiendo en la importancia de ello aunque sea sano.
- Interrogatorio a la madre y al adolescente sobre hábitos, costumbres y conocimientos referentes a la salud bucal, orientadas específicamente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados.
- Actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud del adolescente y de su entorno.

- Prevenir los accidentes y traumas que involucren la región bucal o facial.
- Controlar suministros adecuados de suplementos de flúor acorde a los riesgos a que está expuesto.
- Ejecución de controles de placa dentobacteriana para lograr cepillados dentales correctos y efectivos.
- Tener en cuenta secuencia de los brotes dentarios.

### **Tratamientos preventivos de caries en adolescentes**

Un tratamiento preventivo de caries dental es el que importó Cuba descrito en el Programa Nacional Preventivo de caries dental a escolares, basado en enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0.02 %. Se utilizan tabletas de fluoruro de sodio al 1 % de producción nacional en la preparación de las soluciones para los enjuagatorios. Que consisten en enjuague de la boca durante un minuto con una solución de fluoruro de sodio al 0.2 % cada 15 días.

Se utilizaron en los primeros años vasitos de papel o plástico de capacidad adecuada. Posteriormente, también se emplean frascos que rocían la solución en la boca de los niños. Esto tuvo decadencia a raíz de las limitaciones del periodo especial.

### **Tratamientos preventivos y educativos**

En la Estomatología cada vez más preventiva y educativa, es frecuente el empleo de técnicas y medios de enseñanza dirigidos a nuestra población infantil, siendo esta privilegiada con respecto a otros grupos etarios; dada esta situación, surge ante nosotros un sinnúmero de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo con otras edades, también con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud, individuales y comunitarias.

Previstas en el Programa de Promoción y Educación para la Salud Bucal en Adolescentes, anexo al Programa Nacional de Estomatología en el que las doctoras María Rosa Sala Adam, Maritza Sosa Rosales y el Dr. Orlando de Cárdenas Sotelo plantean que aplicando los conocimientos de Educación para la Salud, herramienta fundamental de la Promoción de Salud, se pueden obtener logros en cuanto a conductas saludables, en este caso, en la población adolescente.

Con la educación para la salud se acude a la eliminación de actitudes y hábitos considerados nocivos y/o adquisición y práctica de otros aceptados como convenientes. La educación sanitaria es un trabajo profiláctico-terapéutico, cuyo objetivo es que la población en general y el individuo, en particular, comprenda su importancia y participen

activamente en el tratamiento y en las medidas de profilaxis social creando condiciones saludables de vidas para la población.

La aplicación de acciones educativas dada por el uso de técnicas afectivas-participativas no sólo es más efectiva sino también más económica. El esfuerzo realizado implica el beneficio de muchas personas a la vez y crea o modifica actitudes más favorables para el bienestar físico y mental.

El objetivo de las Guías Prácticas de Estomatología Cubanas es incrementar la población sana, a través de su ejecución sobre el individuo, la familia y la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención, para lo cual deben desarrollarse las actividades siguientes:

1. Brindar educación para la salud de forma individual a las personas, durante cada una de sus visitas al estomatólogo general y especialista.
2. Brindar educación para la salud a las personas y a las familias durante las visitas a los hogares, de acuerdo con las características de los individuos, la familia y su entorno.
3. Brindar educación para la salud a las personas y a los colectivos durante las visitas a los centros escolares, laborales y sociales, de acuerdo con las características de los individuos, el colectivo y su entorno.
4. Realizar proyección comunitaria en el proceso de promoción de salud por parte de los estomatólogos generales y especialistas y técnicos de atención estomatológica, con una amplia participación comunitaria y multidisciplinaria.
5. Desarrollar las consejerías de salud bucal como concepto para la ejecución de promoción de salud dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores y la propia comunidad.
6. Desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.
7. Aplicar lo establecido en los programas de promoción de salud bucal, de niños de 5 a 11 años, adolescentes y adulto mayor, respectivamente.
8. Participar y desarrollar los movimientos de municipios saludables y sus modalidades.
9. Utilizar las técnicas afectivas participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el análisis de la situación de salud.

10. Aplicación de la carpeta de salud escolar para la atención de los escolares.
11. Orientar las acciones educativas en los territorios: consultorios, áreas de salud, municipios y provincias, a los problemas de salud identificados en cada uno durante la realización del análisis de la situación de salud.

Con ello se evidencia la intencionalidad del Ministerio de Salud Pública cubano en trabajar directamente la población de jóvenes dentro y fuera de las instituciones, con participación de todos los trabajadores y la propia comunidad.

Durante mucho tiempo 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, el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyéndose en un reto de la Estomatología su extensión y logro.

Para ello se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar 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 la salud bucodental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), planteó en el año 1946 que la Salud es: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"

Actualmente se define a la **salud** como "componente fundamental del proceso de desarrollo humano. Proceso social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos. Es un producto social."

El **nivel de salud** es concebido como la resultante de las acciones que los sectores de la sociedad ejecutan, con el fin de proporcionar las mejores opciones (las más saludables) a sus ciudadanos, para que desarrollen, individual y/o colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar. No existe un nivel de salud último, pero sí un nivel óptimo.

El **fomento de la salud** es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y, consecuentemente, de la salud, que conlleva elevar el bienestar, la autosuficiencia de los

individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

En nuestra conceptualización el fomento de la salud ha estado dirigido hacia dos dimensiones importantes: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual.

### **Promoción de salud**

La carta de Ottawa define que “la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas vidas sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.

La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente. Mediante esto, se logrará una participación más activa y una optimización de los recursos destinados a ellos.

La **prevención** ha sido definida como el conjunto de actuaciones que se realizan, por profesionales y técnicos y por la propia población, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos, o durante las diferentes etapas de la misma con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas. Incluye en las etapas iniciales el diagnóstico y tratamiento precoz. Algunos autores exponen a la promoción de salud como prevención primaria. Esta tiene tres componentes fundamentales:

- Educación para la salud
- Comunicación
- Información

Todas sustentadas en un elemento fundamental que es la participación social, tanto de la población como del resto de los sectores de la sociedad.

### **Educación para la salud**

Como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

Fue definida por la OMS como "la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad".

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 contenidos 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, redes de apoyo social entre otros".

Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud es conocer las actitudes, pues es sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y poblaciones, y sobre la que debemos sustentar nuestra labor.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. La calidad en la cultura médica. Extracto de la conferencia dictada en la I Reunión Nacional de Calidad de la Atención Médica del ISSSTE. Mimeo; 2007.
2. Newbrun E. Cariology. 3ªed. Chicago: Quintessence; 2005.
3. Hansel Petersson G. Assessing caries risk-using the cariogram model. Swe Dent J. 2005; (Suppl158).

4. Sheiham A. Efectos de la dieta sobre enfermedades dentales. Bol Asoc Arg Odontol P Niños. 2007; 30(4): 11.
5. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin M G, Gonzalez García N. Factores de riesgo asociado con la maloclusion. Rev Cubana de Estomatol. 2004;(1).
6. Domínguez L. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
7. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud: Carpeta Metodológica. Movimiento Municipios por la Salud. Ciudad de la Habana : MINSAP; 2009
8. García de Valente M. Alteraciones bucales en pacientes con trastornos en la alimentación. Asoc Argent Odontol P Niños. 1999; 28(4): 3.
9. Universidad de La Habana. Facultad de Estomatología. Estomatología General Integral. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2005.
10. Romero MI. Curso salud y desarrollo del adolescente. Programas y servicios de salud para adolescentes[monografía en internet]. [citado: 24 de jun 2004]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/páginas/OPS/curso/Lecciones/Lección18/M4L>
11. Arce Olivares O. Caries[monografía en internet]. 2005[citado: 26 abr 2009]. Disponible en: <http://www.monografías.com/trabajos11/caries.shtml>
12. Colectivo de autores. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades Pdf. Guías prácticas de estomatología. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2006
13. Master WH, Jhonson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown; 2005.
14. Molina R. Práctica Sexual de los Adolescentes en Adolescencia, Sexualidad y Embarazo. Chile: Universidad de Chile, Centro de Extensión Biomédica, Facultad de Medicina; 2007.
15. Peel M. El servicio al cliente: guía para mejorar la atención y la asistencia. España: Ediciones Deusto; 2007.

16. Peñaranda PM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la Psicología y la Odontología. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2006.p.57-62.
17. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. La Habana : Editorial Científico- Técnica; 2006.
18. Reyes Ponce A. Administración moderna. México: Editorial LIMUSA; 2002.
19. 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. 2006; 57(6):218-21.
20. Rodríguez Chávez C. Antología de La calidad personal base de todas las demás calidades. 2002.
21. Romero MI. Curso salud y desarrollo del adolescente. Programas y servicios de salud para adolescentes[monografía en Internet]. 2004. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/páginas/OPS/curso/Lecciones/Lección18/M4L>
22. Sosa M, Mojaiber A. Municipios por la Salud. Estrategia Estomatológica. MINSAP. Cuba. 2008
23. Santos AP, Soviedo VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16 (3): 2008
24. Shaw JG. El cliente quiere...calidad. Otra forma la mejor de ver los negocios. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A; 2007.
25. Sayegh A, Dini EI, Hotl RD, Bedi R. Caries in preschool children in Amman, Jordan and the relationship to socio-demographic factors. Int Dent J. 2008; 52 (5) : 87-93.