

# **AFECCIONES BUCALES EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO, AREA MARGINADA PUEBLA MEXICO.**

G. Lezama Flores, E. Vaillard Jiménez, M. N. Rojaz Guerrero

(Cuerpo Academico de Estomatologia Social)

Facultad de Estomatología. Benemerita Universidad Atonoma de Puebla.

31 poniente no. 1304, C.P. 72410, Puebla Pue. México. [glorialezamaf@hotmail.com](mailto:glorialezamaf@hotmail.com)

**Introduccion.** La desnutrición infantil enfermedad de grandes proporciones en el mundo, concentra en países en desarrollo, propiciando afecciones en organismo y bucales. Los niños son retraídos, tímidos, repercutiendo su entorno social, afectivo. Una vez diagnosticados podemos prevenir y limitar el daño.

**Objetivo** Determinar frecuencia de afecciones bucales y desnutrición, en niños.

Por sexo, edad, estado nutricional, caries, tejidos dentarios etc. **Material y método.**

Descriptivo, transversal observacional. Universo 320, muestra 138 antropometrías, peso y talla norma de control de nutrición, Índice c.e.o., índice de Löe (> de 5 años) y Silness. **Resultados.** El 44.19% presento algún grado de malnutrición, 31.88% leve, 8.69% moderada, 3.62% con sobre peso; las niñas 46.5%, niños 41.52%.

Caries  $4.4 \pm 3.2$ ; Moda 4.3. tasa ataque por caries 86.95%. El 41% presento placa bacteriana, el Índice Löe de 1.6 recae en moderada. Presentan hipoplasia del esmalte leve 31% con 192 piezas frecuentemente no. 51,61,62,74,84. Queilitis el 14%. Glositis 6%, cronología y secuencia de erupción alterada 12%, lactancia materna el 72%, salario padres niños con desnutrición de 1 a <de 2 sm., edad de madres al nacimiento de niños con desnutrición 79% < a 19 años, escolaridad madres 3º y 5º se aplico  $\chi^2$  para hipoplasia asociada a desnutrición  $p=0.02$

**Conclusiones.** Se observo la desnutrición afecta más a las niñas que a los niños, casi el 50% presenta malnutrición, se encontró asociación para desarrollar hipoplasia, Para desnutrición se aplico RM de productos cruzados obteniendo 1, la caries para la O.M.S. el indicador recae en severo; para gingivitis moderada.

*Palabras Clave: Afecciones Bucles, Niños, Desnutrición, Factores de Riesgo, Marginalidad.*

## **AFECCIONES BUCALES EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO, AREA MARGINADA PUEBLA MEXICO.**

G. Lezama Flores, R.Carrasco Gutierrez , E. Vaillard Jiménez, M. N. Rojaz Guerrero  
(Cuerpo Academico de Estomatologia Social)

Facultad de Estomatología. Benemerita Universidad Autonoma de Puebla.

31 poniente no. 1304, C.P. 72410, Puebla Pue. México. [glorialezamaf@hotmail.com](mailto:glorialezamaf@hotmail.com)

**Introducción** muchos sectores sociales han padecido deficiencias alimentarias importantes, determinadas por factores sociales y económicos adversos. En forma gradual y en paralelo con el proceso de urbanización que experimenta el estado, dichas deficiencias se han venido reduciendo, aunque en forma heterogénea pues en las zonas rurales, en los grupos indígenas, en la periferia de la ciudad, en los estratos económicos pobres el avance ha sido escaso, reflejado en los niños.<sup>1,15,18</sup>

Los desequilibrios nutrimentales que se acompañan de enfermedades metabólicas infecciosas, como la caries, las enfermedades periodontales, lesiones de tejidos blandos, traumatismos etc. en especial entre los niños menores de cinco años, es el grupo más vulnerable, repercute en el rendimiento escolar ya que se pierde más del 60% a nivel cognitivo y por supuesto en la calidad de vida de la población infantil.<sup>2, 3</sup>

Es necesario el diagnostico del pre-escolar a nivel clínica y antropométrica, para prevenir, limitar el daño y atender las necesidades de tratamiento.

La *nutrición* es el proceso biológico en el que los organismos asimilan y utilizan los alimentos y los líquidos para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones normales. La nutrición también es el estudio de la relación entre los alimentos y los líquidos con la salud y la enfermedad, especialmente en la determinación de una dieta óptima.<sup>17</sup>

La *desnutrición* se clasifica en marasmo, Kwashiorkor y Kwashiorkor marasmico. El crecimiento, desarrollo y mantenimiento de una dentición sana necesita de una buena nutrición, durante la vida fetal, como en el periodo postnatal cuando tiene lugar la calcificación, con la segunda dentición.<sup>14</sup> La nutrición es igualmente básica para proteger o por el contrario predisponer a la presencia de manifestaciones clínicas en boca, sugestiva de carencias nutritivas, presentándose a nivel de extremidades, neurológicos, en el esqueleto, glándulas, piel, mucosas, labios, encías, dientes, lengua, etc. <sup>7,8,9</sup>

El *kwashiorkor* es un síndrome clínico provocado por una deficiencia proteica severa y un aporte calórico menor del adecuado, constituye la más seria y prevalente forma de malnutrición del mundo, principalmente en las zonas industrialmente subdesarrolladas.<sup>16, 18</sup> Los signos clínicos precoces de malnutrición proteica son vagos e inespecíficos, e incluyen letárgica, apatía e irritabilidad. Cuando el cuadro clínico está bien establecido, aparece un retraso en el crecimiento, pérdida del tejido muscular, aumento de susceptibilidad a las infecciones y edema.<sup>3,4</sup>

Más que un problema de disponibilidad de alimentos, la desnutrición y las afecciones bucales son un asunto económico, de insalubridad y de malas condiciones de vida en general.<sup>5,20,</sup>

El estado de nutrición se puede evaluar por medio de indicadores entre otros como: antropométricos. <sup>19</sup>

Se reconoce que la proporción de niños que presentan *bajo peso al nacer*, es un excelente indicador de la situación nutricional de una comunidad, así como para la identificación del riesgo individual de morbilidad y mortalidad posteriores.<sup>13</sup> Se presentan dos formas clínicas claramente diferenciales: el marasmo y el kwashiorkor. <sup>20, 21</sup>

El cuadro clínico del *marasmo* está provocado por una inadecuada ingesta

calórico en relación con una dieta insuficiente, hábitos alimenticios inapropiados como sucede en las relaciones padres-hijo alterados, anomalías metabólicas o malformaciones congénitas. Inicialmente, existe un fracaso en la ganancia ponderal, seguido de una pérdida de peso, tornándose la piel arrugada y laxa, a medida que desaparece la grasa subcutánea. La cara puede conservar un aspecto relativamente normal por algún tiempo, antes de deformarse y adelgazarse, el abdomen puede encontrarse distendido o aplanado. Existe una atrofia muscular, puede aparecer edema.

Se considera que hay desnutrición aguda, desnutrición actual, delgadez, emaciación o desgaste. En la talla para la edad, un valor igual o menor al 90% de la media señala desnutrición crónica, pequeñez o desmedro.

El empleo de diversos índices ha permitido correlacionar en numerosos grupos de población, las principales enfermedades bucales: Son innumerables los investigadores que coinciden y relacionan los microorganismos de la placa y la influencia de los mismos, como factores desencadenantes de caries y periodontopatías. <sup>10</sup>

**Objetivo General** Determinar la frecuencia de afecciones bucales entre los niños con desnutrición y factores de riesgo, del área marginada ciudad de Puebla.

### **Objetivos Específicos**

Determinar la frecuencia de desnutrición en preescolares por sexo. Y sus factores de riesgo

Identificar la frecuencia de las afecciones bucales

Identificar las afecciones bucales por desnutrición

Determinar el grado de asociación de las principales afecciones bucales con la desnutrición

**H<sub>1</sub>** Existe diferencia entre las afecciones bucales entre los niños con desnutrición respecto a los niños sanos.

**Materiales y método.** Estudio Epidemiológico, Descriptivo, Observacional, transversal, de universo de 320, muestra de 138, muestreo aleatorio simple. Instrumento de medición. Historia clínica previa autorización a padres de familia, así como entrevista a madres de familia.

Variables: Estado nutricional cualitativa polito mica, antropometría, peso y talla del pequeño apegado a la norma de control de la nutrición bascula calibrada, clasificar según a O. M. S.; caries Índice c.e.o.; gingivitis Índice de Löe ( > de 5 años) y Silness. ; hipoplasias según clasificación según FDI y la OMS como cualitativa ordinal; edad del niño en meses cumplidos ; sexo por genero. Marginalidad entre otros, grado escolar de madres, edad de la madre al nacimiento del niño; lactación del pequeño dicotómica, salario de los padres, cuantitativa continua, salarios mínimos. Ulcera aftosa, dicotómica; queilitis, dicotómica; glositis, dicotómica. La técnica que se empleo, observación directa intra-oral. En tejidos se examinó, de igual manera como las manecillas del reloj.

El análisis se trabajo con el enfoque de índice de marginalidad. INEGI.

**Resultados** las afecciones presentes en los preescolares tenemos un aspecto con extremos la *malnutrición* que va desde la desnutrición leve a moderada y hasta el sobre peso.

El 44.2% presenta algún grado de malnutrición, 31.88% leve, 8.69% moderada

El 55.8% muestra un estado normal, caso contrario sobre peso con un 3.62 %, de no controlar a estos niños a futuro podrían desarrollar alguna enfermedad crónico degenerativa.

Imagen 1



Fuente: Gloria Lezama Flores

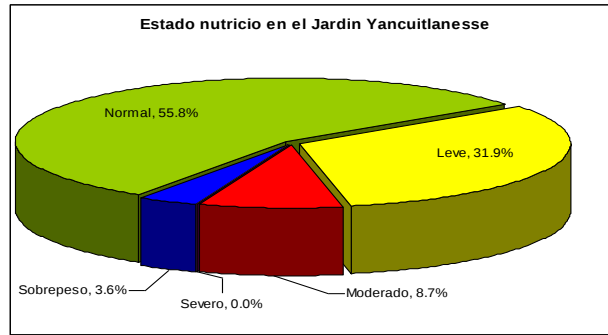


Grafico 1

Peso-talla desnutrición moderada 80-71 con desmedro.

Las niñas están ligeramente mas afectadas con desnutrición 46.5% en comparación a los niños con un 41.52%.

Solo el 13.1% esta libre de caries, la tasa de ataque de 86.95, siendo las niñas las más afectadas. En el Índice c.e.o. fue de  $\bar{X} 4.4 \pm DS 3.2$  moderado y moda de 4.3



Imagen 2

En *gingivitis* en **niños**: normal 49 %, leve 43%, moderada 7.5% para las **niñas**: 39.5% leve 48.2% moderado 12.3%. Siendo mas frecuente en ellas.

El 41% presento placa bacteriana, en el Índice Loe se obtuvo una  $\bar{X} 1.6$  recae en *gingivitis* moderada ya que el rango para este es de 1.1 – 2.0

La *hipoplasia* del esmalte predomino en desnutrición leve, con 31% con 192 piezas frecuentemente las No. 51,61, 62, 74,84.

Tabla 1

| Estado | Estado Nutricio e hipoplasia en preescolares |
|--------|----------------------------------------------|
|--------|----------------------------------------------|

| Nutricio         | Con        |       | Sin        |       |
|------------------|------------|-------|------------|-------|
|                  | Hipoplasia | %     | Hipoplasia | %     |
| <b>Sobrepeso</b> | 3          | 2.1   | 2          | 1.4   |
| <b>Normal</b>    | 29         | 21.10 | 48         | 34.78 |
| <b>Leve</b>      | 39         | 28.26 | 5          | 3.6   |
| <b>Moderado</b>  | 9          | 6.5   | 3          | 2.1   |
| <b>Severo</b>    | 0          | 0     | 0          | 0     |
| <b>Total</b>     | 80         | 57.96 | 58         | 41.88 |

Fuente: Gloria Lezama Flores



Imagen 3

Se aplico  $\chi^2$  para asociar la hipoplasia y el estado nutricional con IC de 95% una  $P = < 0.02$ , se aplico RM de productos cruzados obteniendo 1.2 el factor de desnutrición se considera como riesgo para hipoplasia.

Imagen 4 Y 5



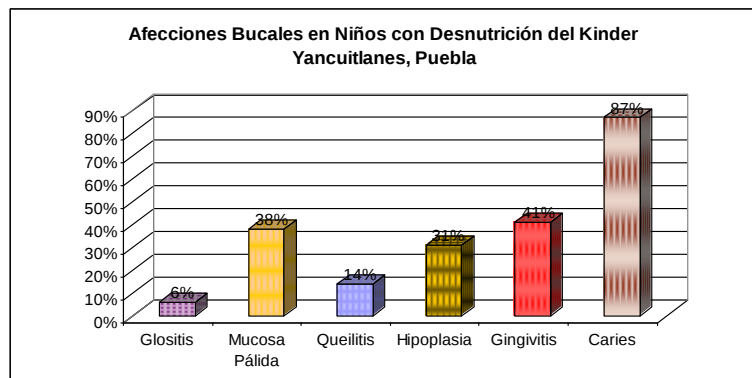
Glositis lengua lisa, pálida, atrofica, roja, dolorosa, denudada, edematosa, en un 6 %.

Mucosa pálida 38% entre los niños con desnutrición.

Cheilitis lesiones o cicatrices angulares bilaterales en un 14%

Grafico 2

Imagen 6 Y 7





Alopecia pelo color, textura alterados, fácil de arrancar, ente los niños con desnutrición fue de un 12%

Ojos *Xeroftalmia*, *queratomalacia*, *manchas de Bitot*, *inyección pericorneal*, *palidez cojuntival*. 16%.

La edad de la madre al nacimiento de los niños con desnutrición fue de 14 a 17 años. 79% < a 19 años.

Analfabetismo en las madres de un 8 %, sin primaria completa entre 3° a 5° con un 35 %.

Dado las condiciones de trabajo de sus padres, sus condiciones de vida y desnutrición son frecuentes los cuadros recurrentes de infecciones llamando la atención que solo el 72 % pudo lactar al niño.

El salario de los padres 82% es de 1 a < de 2 sm., al día en su mayoría trabajan en la construcción (chalanos no toda la semana), en el comercio libre etc.

El 42 % de la madres reportan no tener ningún servicio medico.

**Discusión.** Las afecciones bucales son frecuentes en las niñas con desnutrición y está demostrada la existencia de interacción entre desnutrición, infección y disminución de la inmunidad.

Los niños con bajo peso al nacer en este estudio tienen un riesgo casi 5 veces mayor de ser desnutridos que los niños que nacen con un peso adecuado, en ellos la morbilidad y la mortalidad son mayores y los problemas mentales, orgánicos y neurológicos podrían ser más graves.<sup>8</sup>

Se encontraron como factores de riesgo algunos elementos socioeconómicos. Cuanto menor sea el ingreso monetario, tanto menor será el poder adquisitivo y la disponibilidad de recursos no sólo para la alimentación sino también para las condiciones higiénico-sanitarias, lo cual lleva implícito un mayor riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas por estar rodeado por un medio familiar y social adverso.

La edad materna al nacimiento del niño, fue otro factor de riesgo, pues resultados que relacionan esta variable con la desnutrición, en mujeres muy jóvenes se ha señalado un mayor riesgo de tener hijos con malnutrición fetal y, por consiguiente, mayor probabilidad de desnutrición.<sup>7</sup>

La escolaridad de la madre, el nivel de educación se relaciona directamente con la salud, porque **no** comprenden mejor la relación entre el comportamiento y la salud, también se relaciona con la variable económica. Se debe ver por separado estos factores, pues la desnutrición no es el resultado de la acción de sólo uno de ellos, sino de su conjunto, y es así como ha de enfocarse este problema de salud al emprender un programa preventivo. La edad de la madre resulta determinante entre los niños con desnutrición siendo un factor de riesgo el que tengan < de 19 años, es decir que las madres se encontraban en plena adolescencia al nacimiento de sus hijos. Reportando a su vez bajo peso al nacer, y Solo el 72 % pudo **lactar** al niño.

## Conclusiones

- 1.-predomino la desnutrición moderada, las niñas están más afectadas que los niños.  
Se presenta sobre peso siendo este a futuro un problema de Salud Pública.
- 2.- Caries considerada como severa y su tasa de ataque de cada 100, 87 la padecen
- 4.- 40 de cada 100 presentaron placa bacteriana, con un índice de gingivitis moderado.
- 5.- De cada 100 niños 6 presentaron *Glositis*, *queilits* 14, además de otras afecciones en pelo y ojos.
- 6.- edad de las madres al nacimiento del niño < a 19 años.
- 7.- bajo peso al nacer del niño.

- 8.- De cada 100 niños 28 no lacto, al nacimiento
- 9.- padre reciben por su trabajo, entre 1 a 2 salarios mínimos. La carencia de empleo, disminuye el ingreso familiar repercutiendo en los niños
- 10.-Alta frecuencia de hipoplasia del esmalte entre los preescolares dando esta asociación por desnutrición  $P = < 0.02$
- 11.- Si existe diferencia entre las afecciones bucales entre los niños con desnutrición respecto a los niños sanos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- <http://wikipedia.org/wiki/Nutrici%c3%B3n>
- 2.- Peláez ML, Ysunza OA, Elementos prácticos para el diagnóstico de la Nutrición, pág.925
- 3.- Behrman RE, Vaughan CV, Nelson EW, Tratado de Pediatría, pág.170-191
- 4.- Nutrición Servicios de Salud del Estado de Puebla, Subdirección de Epidemiología y Atención Preventiva, pag. 41-53, 2006.
- 5.- Asa Cristina Laurell., El desgaste obrero en México, Proceso de producción y Salud, Colección Problemas de México; Edit. Era. S. A., 15-21,1996
- 6.- Apuntes de Epidemiología Básica, Instituto Nacional de Salud Pública, Pag.81-103, 2004
- 7.- Peláez ML, Torre P. Ysunza OA. Elementos practicas para el Diagnóstico de la desnutrición. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Subirán", México, 2001
- 8.- Ramos-Galván R. Desnutrición, un componente del Síndrome de privación Social. Méd. Méx. 2001.
- 9.- Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom. Epidemiología Básica. Washington: Publicación Científica No. 551. OPS; 1994.
- 10.- Umeda M, Chen C. Risk indicators for harboring periodontal pathogens. Periodontol 1998;69(10):1111-8.
- 11.- Martínez y Martínez Roberto, La salud del Niño y del Adolescente, Edit. Ciencia Y Cultura Latinoamericana, S. A. cuarta edición, 2001

- 12.- Secretaria de Salubridad, Modificación a la norma oficial mexicana, **NOM-013-SSA2-1994**, para la prevención y control de enfermedades bucales, 19991
- 13.- Peláez ML, Torre P, Ysunza OA. Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, 2001
- 14.- Álvarez J.O. Ceceda., The efecto. Of nutritional status on the age distribution o Dental caries in the primary teeth. J. Dent Res., 69: 1564-1566, 2001
15. - Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Resumen Ejecutivo. México; 2000
- 16.- Ramos-Galván R. Desnutrición, un componente del Síndrome de privación Social. Méd Mex. 2001.
- 17 - Casa Nueva Esther, Nutriología Médica, Edit. Panamericana; 2001, 23-29
- 18.- Organización Mundial de la Salud. Global Data Base on Chile Grow and Malnutrición, 2001
- 19.- Martínez y Martínez R., La Salud del Niño y del Adolescente, Editorial Ciencia y Cultura Latinoamericana, S. A. Tercera Edición; 1998: 605-610.
- 20.- Instituto Nacional de Salud Pública, Malnutrición and Infectious Diseases; 1998: 96-99
- 21.- Regezy Joseph, Patología Bucal, Correlaciones Clínico patológicas; Edit. McC.Graw-Hill Interamericana; 2005:296-30



## ALTERACIONES ESTÉTICAS EN DIENTES ANTERIORES: UN PROBLEMA PARA EL ESTOMATÓLOGO Y LA COMUNIDAD.

**Autores:** A. Seguí Ulloa<sup>(1)</sup>, M C. Hevia Medina<sup>(2)</sup>, M. Armesto del Río<sup>(3)</sup>, L. Armas<sup>(4)</sup>,

(1) Profesor Auxiliar. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de 2<sup>do</sup> Grado en Estomatología General Integral. Centro de procedencia. Facultad de Estomatología Raúl Gonzalez Sánchez .Email: [alseguiu@infomed.sld.cu](mailto:alseguiu@infomed.sld.cu)

(2) Profesora Instructor. Especialista de 1<sup>er</sup> Grado en Estomatología General Integral. Centro de procedencia. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Clínica Estomatológica Santa Catalina. Email: [mary.hevia@infomed.sld.cu](mailto:mary.hevia@infomed.sld.cu).

(3) Profesor Asistente. Master en epidemiología. Especialista de 1<sup>er</sup> Grado en Higiene y Epidemiología. Centro de procedencia. Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo.

(4).Profesora Auxiliar. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de 2<sup>do</sup> Grado de Periodoncia. Centro de procedencia: Facultad de Estomatología Raúl Gonzalez Sánchez. Email: [larmas@infomed.sld.cu](mailto:larmas@infomed.sld.cu).

### RESUMEN:

Se realizó un estudio observacional descriptivo y de corte transversal en individuos del consultorio médico No 29 del Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Plaza de la Revolución de Ciudad de La Habana durante el 2006-2007. El universo de trabajo fue el total de pacientes de 19 a 59 años pertenecientes a dicho consultorio médico y agrupó a 305 individuos. Con el objetivo de determinar la relación existente entre el criterio profesional y de los individuos en cuanto a las alteraciones estéticas en dientes anteriores así como la preocupación de estos por resolver dicho problema y elaborar un instrumento informativo para la comunidad sobre la prevención y tratamiento de estas alteraciones. La información se obtuvo a través de un formulario aplicado al grupo estudiado, que incluyó una entrevista y observación clínica. En los resultados se obtuvo una prevalencia de 74,4 % de alteraciones estéticas en los dientes anteriores según el profesional y 44,5% desde el punto de vista de los individuos. Las más frecuentes determinadas por el profesional fueron fracturas coronarias, restauraciones defectuosas

y discromias, coincidiendo con el criterio de los encuestados, un alto porcentaje de ellos presentó preocupación sobre las mismas. Demostrándose que forman parte de los problemas de salud bucal que afectan a la comunidad, el criterio profesional y el de la población fueron distantes y subjetivos. Se confeccionó y entregó un plegable con la información sintetizada, para así elevar el nivel de conocimiento sobre este tema y pudiera ser transmitida al resto de la comunidad.

### INTRODUCCIÓN:

La Odontología Estética no es un concepto actual. Existen evidencias que desde civilizaciones anteriores la estética ha estado muy cerca de la odontología.

El sentido de la belleza está íntimamente ligado a las proporciones de las cosas <sup>(1)</sup>. La valoración estética depende en gran medida del punto de vista de quien la realiza y de quien la presenta.

Esta percepción se halla sujeta, por otra parte, a grandes variaciones individuales e incluso a las naturales fluctuaciones observadas con la edad, el sexo, las culturas y grupos subculturales concretos. <sup>(2)</sup>

Dientes sanos y blancos han simbolizado signos de salud, limpieza y fortaleza, además los dientes bien contorneados, alineados y de aspecto natural fijan el estándar de belleza y constituyen el patrón estético y la aspiración de nuestros pacientes actualmente. <sup>(3,4)</sup>

Cualquiera de estas alteraciones, puede llevar al individuo a sufrir una afectación psicológica, constituyendo un problema de salud para la persona. <sup>(5)</sup>

La tendencia de la sociedad moderna es, en general, elevar de rango la apreciación que se da a la apariencia estética en todos los niveles. Durante mucho tiempo, nuestro trabajo en estética, sólo estuvo relacionado con la caries dental pero, con el desarrollo científico-técnico del país y la mayor actualización de nuestros profesionales, los estomatólogos se preparan para atender a los pacientes desde el punto de vista integral, incluyendo otros tipos de lesiones que pueden afectar la estética del individuo.

(6-10)

En el plano social, si la labor de promoción y prevención que realizan nuestros estomatólogos en la comunidad, la orientamos en el sentido de expresar las causas

que están involucradas con la aparición de estas lesiones o alteraciones en la estética y enseñamos a nuestros pacientes a enfrentar éstas lesiones con la primicia que requieren, nos evitaremos la complicación de los tratamientos que sabemos nos toman más tiempo, y su costo es mayor. Para ello logra vital importancia elaborar un plan educativo y de divulgación en la población con el objetivo de prevenir las afectaciones que involucren la estética del paciente y que en su mayoría tienen su basamento en las enfermedades bucales. <sup>(11-14)</sup>

El estomatólogo debe ampliar sus conocimientos sobre el medio y el hombre, pues la atención estomatológica integral constituye un reto profesional para el mismo. <sup>(15-18)</sup> Aún quedan muchos aspectos por definir en relación con la atención estomatológica al medio social y natural donde residen las personas y las familias; ejemplo de ello sería el conocimiento de la historia social de las enfermedades bucales, los riesgos, y otros factores determinantes sociales, para lo cual es necesario ampliar conocimientos en psicología, sociología, epidemiología, etc. igualmente los conocimientos relacionados con los factores determinantes biológicos y el desempeño profesional para enfrentarlos. <sup>(19-21)</sup>

La tecnología está permitiendo un gran aporte al desarrollo de nuevos biomateriales para la odontología, por eso también vivimos un período donde se superponen elementos que hacen más compleja su práctica: Por un lado los pacientes y sus necesidades y por otro lado los fabricantes de productos que lanzan al mercado sus innovaciones en una carrera que provoca confusión por la gran cantidad de materiales y posibilidades de uso que nos saturan con información, la cual muchas veces somos incapaces de administrar convenientemente. <sup>(22-26)</sup>

Las afecciones estéticas en el momento actual requieren ser estudiadas a profundidad y conocer su prevalencia, su comportamiento epidemiológico, para así planificar y destinar los recursos necesarios para lograr índices superiores de satisfacción en los servicios estomatológicos a la población de forma integral. Esto nos hizo reflexionar y nos motivó a investigar en una población, preguntándonos: ¿Cuáles son las alteraciones estéticas más frecuentes en los dientes anteriores en esta población? ¿Qué factores sociales están más relacionados con ellas? ¿Son capaces nuestros pacientes de reconocer su existencia e identificarlas? ¿Constituyen estas afectaciones

una preocupación personal para esta población?

Por tanto nos trazamos como objetivos determinar la relación existente sobre las alteraciones estéticas en dientes anteriores basada en el criterio profesional e individual en la población de 19 a 59 años del Consultorio No 29 en el Policlínico Moncada desde el 2006 al 2007 y elaborar un instrumento informativo para la comunidad sobre la prevención y tratamiento de las alteraciones estéticas en dientes anteriores.

## MÉTODO

Para esto realizamos un estudio observacional descriptivo y de corte transversal en individuos de 19 a 59 años pertenecientes al consultorio médico mencionado anteriormente, que agrupó a 305 individuos. La muestra estuvo constituida por la totalidad del universo. Se respetaron las consideraciones éticas y los criterios de exclusión. La información se obtuvo a través de una Observación (por el profesional) donde se detectaban: Presencia de alteraciones estéticas en dientes anteriores así como número y tipo de estas. También se aplicó una Entrevista (al encuestado) para determinar la Capacidad de reconocer alteraciones estéticas en sus dientes anteriores y preocupación por las mismas.

Dentro de los aspectos éticos que se garantizaron en la investigación estuvo el anonimato del formulario aplicado. La confidencialidad de la información se logró al publicar los resultados en forma global y con fines científicos y docente. La voluntariedad de participación en el estudio se constató a través del consentimiento informado, consultado a cada persona que participó en la investigación.

Las variables estudiadas fueron: Edad, Sexo, Nivel educacional, Fractura de corona, Discromia en dientes anteriores, Mal posición dentaria anterior, Diastema anterior, Ausencia de diente anterior, Restauraciones deficientes, Anomalía de forma o tamaño en diente anterior, Caries dental, Prótesis poco estéticas en sector anterior. De acuerdo a los resultados obtenidos y para un conocimiento más general se confeccionó un plegable con la información sintetizada sobre las afecciones estéticas más comunes de los dientes anteriores, sus características fundamentales, así como su prevención y

tratamiento de forma tal que a la vez, el individuo eleve su nivel de conocimiento sobre este tema y puedan ser transmitidas a familiares y amigos.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

Tabla 1. Distribución de la población de 19 a 59 años según presencia de alteración estética bajo el criterio del profesional.

| Presencia o No de<br>afectación estética en los<br>dientes anteriores | Número de<br>individuos | Porcentaje |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| No afectados                                                          | 78                      | 25.6       |
| Afectados                                                             | 227                     | 74.4       |
| Total                                                                 | 305                     | 100.0      |

En la tabla

No 1 se observa la distribución de la población estudiada según presencia de alteración estética bajo el criterio del profesional, de los 305 individuos estudiados, el 74.4% de ellos esta afectado por alguna alteración estética en sus dientes anteriores, demostrándose la alta prevalencia de estas alteraciones en la población, coincidiendo con los resultados obtenidos en la Habana (2001) por Seguí y Otero<sup>(1)</sup> donde los afectados tenían un alta prevalencia de lesiones estéticas.

Tabla 2. Distribución de individuos según grupo de edad y sexo.

| Edad  | Masculino |      | Femenino |      | Total |      |
|-------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|       | No        | %    | No       | %    | No    | %    |
| 19-34 | 67        | 50.7 | 81       | 46.8 | 148   | 48.6 |
| 35-59 | 65        | 49.3 | 92       | 53.2 | 157   | 51.9 |
| Total | 132       | 100  | 173      | 100  | 305   | 100  |

En la tabla No 2 se muestra la distribución de individuos según edad y sexo, los 305 individuos examinados, delimitados en 2 grupos permitió definir mejor el comportamiento epidemiológico en cada uno de ellos, en total 132 pertenecen al sexo masculino y 173 al sexo femenino resultado que refleja un discreto incremento de mujeres por encima de los hombres en ambos grupos en el mencionado consultorio. Los dos grupos de edad estudiados reflejan un ligero predominio del grupo más adulto (de 35 a 59 años), elemento que refleja el envejecimiento paulatino de la población cubana por los altos índices de salud que goza esta, aspecto importante para las futuras acciones de promoción y prevención programadas para esa comunidad en grupos más jóvenes, alcanzando llegar a esas edades, con sonrisas más armónicas y estéticas.

Tabla 3. Distribución de individuos afectados según edad y sexo.

| Edad  | Masculino |      | Femenino |      | Total |      |
|-------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|       | No        | %    | No       | %    | No    | %    |
| 19-34 | 49        | 34,3 | 33       | 39,3 | 82    | 36,1 |
| 35-59 | 94        | 65,7 | 51       | 60,7 | 145   | 63,9 |
| Total | 143       | 100  | 84       | 100  | 227   | 100  |

Al analizar los afectados según edad y sexo reflejada se pudo apreciar que el grupo menos afectado fue el de 19 a 34 años de edad para ambos sexos con un 36,1 %, relacionando esto como resultado del incremento de la atención estomatológica (preventiva y curativa) priorizada que recibió ese grupo durante el desarrollo del programa de atención estomatológica al menor de 19 años. <sup>(19)</sup> En ambos grupos observamos que las mujeres estaban menos afectadas que los hombres, demostrándose el mayor interés femenino en cuidar su sonrisa y con ella su salud bucal que coincide con estudios realizados en el 2001 por Otero Y. y Seguí A. <sup>(1)</sup> que plantean que el sexo femenino estaba más preocupado por su estética dental que los hombres sobre todo en los pacientes de 19 a 24 años. Sin embargo reportes de Brasil

(2005) plantean mayor afectación de las enfermedades dentales en mujeres y por ende con las consecuencias que ello conlleva, basados en la baja instrucción que tienen.<sup>(27-28)</sup>

Tabla 4. Frecuencia de individuos de 19 a 34 años con alteraciones estéticas en dientes anteriores según sexo.

| Causas de alteraciones estéticas en dientes anteriores | Masculino<br>No      % | Femenino<br>No      % | Total<br>No<br>% |
|--------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------|
| Fractura de corona                                     | 12      25             | 5      14,7           | 17<br>20,7       |
| Restauraciones deficientes                             | 9      18,8            | 8      23,5           | 17<br>20,7       |
| Discromia en dientes anteriores                        | 7      14,6            | 5      14,7           | 12<br>14,6       |
| Caries Dental                                          | 6      12,5            | 3      8,8            | 9<br>10,9        |

Nota: Los porcentos (%) se calcularon con n = 82 (individuos de 19-34 años afectados).

Al analizar la frecuencia de individuos de 19 a 34 años con alteraciones estéticas en los dientes anteriores según sexo se puede constatar por los resultados plasmados en la tabla No 4 que dentro de las causas de afectación estética estudiadas en este trabajo, la fractura coronaria y las restauraciones deficientes fueron las más frecuentes con un 20,7 %, la primera es muy frecuente en edades infantiles y en pacientes jóvenes sobre todo de sexo masculino, los cuales por su gran actividad física, los juegos rudos, la práctica de deportes , etc. llegan muchas veces a sufrir traumas en los dientes anteriores de diversa gravedad como plantean también Vargas CM, Crall y Schneider<sup>(29-31)</sup> , algunos son tratados correctamente en su momento y evitan complicaciones o secuelas que marcan al individuo por siempre, fundamentalmente afectando su estética, en otras ocasiones no son tratados o son maltratados y provocan lo anteriormente explicado. De ahí, que nuestra labor educativa vaya encaminada hacia la prevención de

los traumas dentarios y a enseñar las medidas que debe tomar la comunidad en caso de sufrir alguna de estas.

Las restauraciones poco estéticas esta muy ligado al uso predominantemente de la amalgama dental, como material restaurador en este sector, por su elevada resistencia, sin embargo, estéticamente muestran su oscuro y metálico color. Hay que tener presente, que los premolares forman parte de la sonrisa. También el mal estado de restauraciones antiguas que provocan falta de continuidad del tejido en los dientes, diferencias de colores, etc., afecta la armonía del sector anterior. Se observa además, algunas variables de mediana frecuencia de aparición como son la caries dental con un 10,9 por ciento lo cual muestra su tendencia descendente como reporta Cortes - Martinicorena, F, Doria - Bajo, y Colaboradores en Prevalencia de caries y estado periodontal de los niños y adolescentes de Navarra al igual que en otros trabajos realizados en nuestro país .<sup>(32-37)</sup>

Tabla 5. Frecuencia de individuos de 35 a 59 años con alteraciones estéticas en dientes anteriores según sexo.

| Causas de alteraciones estéticas en dientes anteriores | Masculino<br>No % | Femenino<br>No % | Total<br>No % |
|--------------------------------------------------------|-------------------|------------------|---------------|
| Discromia en dientes anteriores                        | 18 23,3           | 15 22,1          | 33 22,8       |
| Restauraciones deficientes                             | 15 19,5           | 12 17,6          | 27 18,6       |
| Mal posición dentaria                                  | 8 10,3            | 11 16,2          | 19 13,1       |
| Caries Dental                                          | 8 10,3            | 6 8,8            | 14 9,7        |
| Prótesis antiestética                                  | 8 10,3            | 6 8,8            | 14 9,7        |

Nota: Los porcentos (%) se calcularon con n = 145 (individuos de 35-59 años afectados).

Los resultados que muestra la tabla número 5 sobre la Frecuencia de individuos de 35 a 59 años con alteraciones estéticas en dientes anteriores según sexo, podemos observar como la causa más frecuente de afectación estética la discromia de los dientes anteriores, en un 22,8% de los encuestado de este grupo, fundamentalmente

este cambio de color esta originado por manchas extrínseca (tabaco, café, té) según se constató en la entrevista y por el examen clínico, aspecto que es coincidente con los estudios realizados por Heiman y Haywoods donde plantean que las manchas extrínsecas tienen una gran prevalencia dentro de las discromias de los dientes en adultos fundamentalmente. <sup>(38-40,)</sup> En la mayoría de los países industrializados y en vías de desarrollo el tabaquismo es un factor de riesgo clave en el desarrollo de las enfermedades bucales influyendo también en las alteraciones del color de los dientes entre otras afectaciones <sup>(37,40)</sup>. Las restauraciones deficientes es la segunda variable más frecuente en este grupo con un 18,6 porciento resultados estos que pueden ser comparados con los obtenidos en el grupo de edad de 19 a 35 años donde también son muy frecuentes, sin embargo la caries dental y las prótesis antiestéticas son menos frecuentes que la malposición dentaria aspecto que debe tenerse en cuenta cuando vayamos a ejecutar un plan de acciones preventivas y curativas sobre esta comunidad. La mayoría de estos individuos conserva más del 80 % de sus dientes anteriores, dato que comprueba los resultados de los trabajos del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud al exponer que el 67 porciento de la población adulta en nuestro país conserva todos los dientes en la boca. <sup>(26)</sup> Además nos permite conocer adecuadamente las necesidades reales que presenta nuestra comunidad y su demanda del servicio estomatológico que recibe.

Tabla 6 Presencia de alteración estética en dientes anteriores según el criterio del examinado.

| Presencia de afectación estética según percepción del individuo | Número de individuos | Porcentaje |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| No presenta                                                     | 169                  | 55,4       |
| Presenta afectación                                             | 136                  | 44,5       |
| Total                                                           | 305                  | 100.0      |

Nota: Los porcentos (%) se calcularon con n = 227 (individuos afectados).

Si analizamos la presencia de alteración estética en dientes anteriores según el criterio del examinado, observamos que la tabla No 6, muestra que sólo 136 personas reconocieron estar afectados estéticamente, para un 44,5 % existiendo una marcada diferencia entre el criterio de los pacientes y el del profesional que lo examinó, si lo comparamos con datos de la tabla No 2 y demostrándose una vez más, que la valoración estética depende del observador que la realice, además adquiere un carácter relativo, pues el 55,4% de los encuestados no consideraron estar afectados estéticamente. En el 2002, Chain y Baratieri <sup>(32)</sup> afirmaron lo relativos que han sido los conceptos de belleza durante el desarrollo de la humanidad y ejemplifican su afirmación planteando que en la antigua china Imperial, las viudas tiñan de negro sus dientes como signo de renuncia a la belleza, hoy día un diente negro no se considera estético. Estudios realizados por Otero y Seguí <sup>(1)</sup> (2001) y Miyashita, Salazar <sup>(40)</sup> (2005) avalan estos resultados anteriormente expuestos. Sin embargo en Singapur, (2005) Soh J y Chef <sup>(24-25)</sup> reportan correlación entre la percepción estética de tres grupos diferenciados de personas, odontólogos, estudiantes y gente común.

Tabla 7. Distribución porcentual de individuos según el reconocimiento de sus afectaciones estéticas en los dientes anteriores.

| Alteraciones estéticas<br>Reconocidas por los encuestados | Individuos |      |
|-----------------------------------------------------------|------------|------|
|                                                           | No.        | %    |
| Restauraciones deficientes                                | 27         | 19,8 |
| Fractura de corona                                        | 24         | 17,6 |
| Discromia en dientes anteriores                           | 21         | 15,4 |
| Caries Dental                                             | 19         | 13,9 |
| Mal posición dentaria                                     | 17         | 12,5 |

Nota: Los porcentos (%) se calcularon con n = 136 (afectados según reconocimiento individual).

Las restauraciones deficientes y las fracturas dentarias fueron las más frecuentes detectadas por los individuos con un 19,8% y un 17,6 % respectivamente. Sin embargo

las anomalías de tamaño y forma solo fueron detectadas por un 2,2 % de los encuestados, al comparar estos resultados con el porcentaje de individuos con estas alteraciones detectadas por el profesional en cada grupo etáreo y expuestas en las tablas No 4 y No 5, se demostró que la detección de dichas afecciones depende del evaluador, en este caso el propio entrevistado, a veces por desconocimiento, otras por desinterés o por que realmente tiene su autoestima elevada como demostraron en Texarkana, Tex, USA, (2005) Anderson , Behrents y McKinney , donde plantearon que las preferencias estéticas son diferentes entre los profesionales y las personas de pueblo. <sup>(28,29)</sup> Se demostró que las alteraciones detectadas por lo profesionales y por los entrevistados coinciden en cuanto al tipo predominante en cada grupo evaluado a pesar de las diferencias porcentuales.

Tabla No 8. Distribución de Individuos conscientes de su afectación estética según su preocupación personal por solucionar su problema.

| Presencia de afectación estética | Número de individuos | Porcentaje |
|----------------------------------|----------------------|------------|
| Criterio profesional             | 227                  | 74,4       |
| Criterio del examinado           | 136                  | 44,6       |
| Total de examinados              | 305                  | 100        |

Nota: Los porcentos (%) se calcularon con n = 136 (individuos afectados según criterio del examinado).

Los resultados que muestra la tabla No. 8 están en concordancia con el análisis realizado en la discusión de la tabla que la precede, pues sigue demostrándose el factor subjetivo a la hora de realizar una valoración estética de cada individuo. Se puede ver en 21,3% de los encuestados un desinterés personal en resolver su problema ya que algunos de ellos no consideraban ser portadores de tal afección. Otros plantean que son aceptados así y no les preocupa resolverlo, Algunos creyeron no tener solución la alteración encontrada por el profesional. Sin embargo, se determinó que un 78,7 % si

esta preocupado por que su afectación se corrija adecuadamente, alguno de ellos refirieron, haber pasado momentos difíciles en sus relaciones interpersonales coincidiendo con los estudios realizados por autores como Schäer, Zamora y otros que refieren la gran afectación psicológica que se produce en algunos individuos cuando se les afecta la estética facial.<sup>(18,20)</sup>

Tabla No 9. Relación entre el criterio profesional y el criterio del examinado según la presencia de afectación estética en los dientes anteriores.

| Individuos preocupados por su afectación estética | Número | Porcentaje |
|---------------------------------------------------|--------|------------|
| No                                                | 29     | 21,3       |
| Si                                                | 107    | 78,7       |
| Total                                             | 136    | 100        |

Como resumen de estos aspectos anteriormente discutidos sintetizamos en la tabla No 9 la relación del criterio del profesional con el criterio del individuo examinado respecto a la presencia de alteraciones estéticas en los dientes anteriores, exponiéndose claramente la falta de conocimientos sobre estas entidades tan frecuentes en la comunidad y además el carácter subjetivo de las mismas, para algunos individuos su nivel de autoestima es elevado<sup>(31,40)</sup> y no reconocen tener ninguna de las variables a estudiar en esta investigación, otros no le dan importancia a tales afectaciones y no la reportaron en su encuesta.

En el 2005 Klages, Bruckner y colaboradores,<sup>(28)</sup> además de Fabian y Balint en Budapest,<sup>(21)</sup> (Hungría) concluyen individualmente en sus trabajos, que las preferencias estéticas son variables en los pacientes y sobre todo en los jóvenes con menos de 35 años, avalando nuestra investigación en este grupo poblacional. También Ohayama H, Nagai S, Tokutomi H, Ferguson en el 2007 aseguran que para obtener una sonrisa equilibrada y bella se necesitan un criterio multidisciplinario , pues existen muchos criterios subjetivos que hay que considerar.<sup>(19)</sup>

El plegable diseñado como medio informativo, conciso e ilustrativo cumplió con el fundamento para lo que fue creado, se instruyó al médico y a la enfermera como principales responsables del estado de salud de la población que atienden, se colocó uno en el mural de la consejería de salud del propio consultorio y se distribuyó a toda la población perteneciente a esa área. Se entregaron ejemplares de dicho material en el policlínico e interactuar así con una mayor cantidad de población en esa comunidad.

El total de los encuestados recibieron con agradecimiento el plegable que le entregaron al finalizar el estudio. No obstante se hace necesaria su distribución mayoritariamente sobre toda la población joven como apoyo al trabajo educativo que al respecto debe realizarse en la comunidad por el equipo de Salud en Estomatología.

### CONSIDERACIONES FINALES:

La investigación demostró que:

- 1- La prevalencia de las alteraciones estéticas en los dientes anteriores en esta población fue alta.
- 2- El grupo de edad y sexo más comprometidos con los problemas estéticos fueron el de 34 a 59 años y los masculinos respectivamente.
- 3- Aproximadamente la mitad de la población percibió sus alteraciones estéticas con un alto porcentaje de preocupación sobre las mismas.
- 4- El criterio profesional y el de la población fue distante y no objetivo totalmente.
- 5- El plegable constituyó el medio informativo utilizado para la comunidad.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- |                                                                                                                                                    |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Otero. B. Y, Seguí U. A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev. Cubana Estomatol Ciudad de La Habana Mayo-Ago. 2001 v.38 n.2 | 2. Alenen P. Risk in risk definitions. Com Dent Oral Epidemiol 1999; 27(6):394. |
|                                                                                                                                                    | 3. Chakraborty M. Epidemiological correlates of dental caries in an             |

- urban West. Bengal. Indian J Public Health 1997; 41(2):56-60.
4. Xing Meng H. Periodontic-endodontic lesions. Ann periodontol 1999 December; 4(1):84-9.
5. M. Rodríguez R. El concepto de estética Original. Rev. Ortodoncia Clínica 2000; 3(3):165-169.
6. Rodríguez M<sup>a</sup> E, Barbería. E Evolución histórica de los conceptos de belleza.1999.
7. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las América. OPS. Publicación Científica y Técnica 2002; Vol. I y II, No 587.
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud oral. [2006/04/04].URL <http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf>
9. Ruiz Miyares S, Becerra YM. Algunos aspectos de la Historia de la Estomatología en Cuba. Rev Cubana Estomatol 1989; 26(3):148-55.
10. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana, Febrero; 2002.
11. Colectivo de Autores. Libro electrónico Maestría Bucal Comunitaria. La comunidad y la familia en la atención primaria de salud. 2005
12. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Ed. Salvat. 1990; 420.
13. Canut J A. Capítulo 8. Análisis morfológico facial. En: Ortodoncia Clínica. Ed. Masson.1998, 129-66.
14. Gandia Franco JL. Capítulo 6. Estética en Ortodoncia. En: Manual de Odontología. Ed. Masson Salvat. 1995; 1258-61.
15. Goidstein E. Capítulo 1. Conceptos de estética dental. En: Estética Odontológica. Ed. Intermédica. 1980; 3
16. Zamora C. Evolución histórica de los conceptos de belleza facial. Rev. Ortodoncia Clínica 2000; 3(3):156-163
17. Bottino MA, Ferreira A. Miyashita E. Giannini V. Metal Free: estética en rehabilitación oral. 2001. Sao Paulo: Artes Médicas.
18. Schäer R, Rinn L A, Kopp FR. Principios estéticos de la

- odontología restaurativa. Madrid: Doyma, 1991.
19. Schmidseider J. Atlas de odontología estética. Barcelona: Masson, 1998.
  20. Schwartz R, Summitt JB, Robbins JW. Fundamentos en Odontología Operatoria: un logro contemporáneo. Caracas: Actualidades médico-odontológicas.1999.
  21. Fischer J. Estética y Prótesis: consideraciones interdisciplinarias. Bogotá: Actualidades médico-odontológicas de Latinoamérica, 1999.
  22. Goldstein RE. Odontología Estética. Volumen I: Principios, comunicación y métodos terapéuticos. Barcelona: 2002 Ed. Ars-Médica.
  23. Goldstein RE. Odontología Estética. Volumen II: Problemas estéticos. Barcelona: 2002. Ed. Ars-Médica.
  24. Hinostroza H. Estética en odontología restauradora. 2006. Madrid: Ripano,
  25. Gerlach RW, Barker ML, Sagel PA. Comparative efficacy and tolerability of two direct-to-consumer tooth whitening systems. Am J Dent 2001;14:267-272.
  26. O.M.S. Informe sobre el estado de la población Mundial, 2002.
  27. Procedimientos del Simposio en el Congreso Odontológico Mundial de la FDI. Viena, International Dental Journal, (2002) 52, 366 suplemento 5/02.
  28. Mangne P, Belser U. Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores. Método biomimético. Barcelona 2004. Quintessence SL,
  29. Fiedler RS, Reichl RB, Combined professional and home care nightguard bleaching of tetracycline-stained teeth. Gen Dent 2000 May-Jun; 48(3): 257-61
  30. Haywood VB, Leonard RH, Dickinson GL. Efficacy of six months of nightguard vital bleaching of tetracycline-stained teeth. J Esthet Dent 1997;9:13-19.
  31. Heymann HO, Swift EJ Jr, Bayne SC, May KN Jr, Wilder AD Jr,

- Mann GB, Peterson CA. Clinical evaluation of two carbamide peroxide tooth-whitening agents. *Compend Contin Educ Dent* 1998;19:359-369.
- 32.Chain MC, Baratieri LN. Restauraciones estéticas con resinas compuestas en dientes posteriores. Sao Paulo: 2001 Ed. Artes Médicas.
- 33.Miyashita E, Salazar Fonseca A. Odontología Estética: el estado del arte. Sao Paulo. , 2005
- 34.Siqueira J. Endodontic infections: concepts, paradigms, and perspectives. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 94(3):281-93.
35. Seltzer S. Pain Control in Dentistry. Diagnosis and Management. J.B. Lippincott Company. 1987 Cap 4.
- 36.Freitas S F Torres. Una história da cárie dentária. Río de Janeiro; 1995. Peres SH de Carvalho Sales.
- 37.Pitts NB. Risk assessment and caries prediction. *J Dent Educ* 1998; 62(10):762.
- 38.Roulet JF, Nairn HF, Fuzzi M. Advances in Operative Dentistry: contemporary clinical practice. Berlin: 2001 Ed. Quintessence.
- 39.Rojas Saravia M. A. CD.; Mg. Od. Nanotecnologías y su aplicación en odontología estética y restauradora. Caso Clínico. 2007.www. odontología-online.com.
- 40.[Ohyama H](#), [Nagai S](#), [Tokutomi H](#), [Ferguson M](#). Recreating an esthetic smile: a multidisciplinary approach. [Int J Periodontics Restorative Dent.](#) 2007 Feb;27(1):61-9.

ANEXO. Plegable utilizado y distribuido en la comunidad estudiada.



# **TÍTULO: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DEL ÁREA DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA. 2008**

## **AUTORES:**

**María de la Caridad Barciela González Longoria**

**Ileana Grau León**

**Miralis Fernández Prats**

## **INTRODUCCIÓN:**

El fomento de la salud bucal en nuestra concepción debe dirigirse hacia dos vertientes fundamentalmente: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerle protección individual.

El estado de salud de la población y los factores que lo condicionan y determinan son factibles de conocer a través de los registros estadísticos establecidos, de las encuestas realizadas en las poblaciones, de investigaciones, de entrevistas a líderes formales e informales, revisiones documentales y por monitoreo del comportamiento de enfermedades, factores de riesgo y manifestaciones.

El análisis de la situación de salud es tema imprescindible en la formación de los estomatólogos y otros profesionales de la salud que tiene a su cargo la salud de una comunidad y requieren de una valiosa y útil herramienta para la identificación y solución de problemas y debe ser utilizado parcial o totalmente, por el personal encargado de elevar los niveles de salud, pertenezcan o no al sector.

Los fenómenos de salud especialmente considerados desde una perspectiva poblacional, resultan de la más alta complejidad porque en ellos operan e interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes de la realidad, desde procesos biológicos y psicológicos hasta las complejas estructuras de la cultura y las relaciones sociales.

## **UN POCO DE HISTORIA**

El análisis de la situación de salud no es una metodología nueva, su uso ha transitado por diferentes etapas de acuerdo a momentos históricos concretos y al nivel de desarrollo de la Salud Pública en diferentes países.

El concepto de "diagnóstico de salud" aparece en la literatura científica en la década del 50 para referirse al estudio del nivel de salud de una comunidad. La Organización Mundial de la Salud, en 1957, dio a conocer un informe de un estudio sobre la medición del nivel de salud, recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios para la comparación entre países.

En España su uso comenzó en la década del 70 y en Cuba ha tenido una secuencia histórica y los primeros datos sobre la situación de salud aparecen en la Actas de Ayuntamiento y Capitulares en tiempos de la colonia, transitando a través del tiempo por diferentes etapas y considerándose antecedentes rudimentarios de lo que hoy es una verdadera investigación en Salud Pública.

## **ÁREA DE SALUD DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**

El Área de Salud correspondiente a la Facultad de Estomatología comprende la población de tres policlínicos del municipio Plaza de la Revolución: Héroes del Moncada, Rampa y Plaza.

En este momento se ha realizado una redistribución de los consultorios y ubicación en locales de consultas.

El área de la Facultad se ha distribuido de la siguiente manera:

### **POLICLÍNICO PLAZA**

Geográficamente el área comprende desde la Calzada de Ayestarán hasta Boyeros entre 19 de Mayo y la Avenida Salvador Allende.

Tiene 3 locales con 10 consultorios, estos locales se ubican en:

**Consultorio Tipo 1 No. 1:** Calle Lugareño esquina Pozo Dulces y comprende los consultorios 1, 2, 5

**Consultorio tipo 1 No 2:** Calle Requena entre Lugareño y Avenida Salvador Allende y comprende los consultorios 3, 4, y 10.

**Consultorio tipo 1 No. 3:** Pozos Dulces entre Bruzón y Desagüe y comprende los consultorios 6, 7, 8 y 9

**POBLACIÓN ÁREA DE POLICLÍNICO PLAZA: 6460**

### **POLICLÍNICO RAMPA**

Geográficamente el área comprende desde Calle 23 hasta Zapata entre L, Ronda y Aguirre hasta Calzada de Infanta.

Tiene 3 locales con 16 consultorios, estos locales se ubican en:

**Consultorio Tipo 1 No. 1:** Zapata y Mazón con los consultorios: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

**Consultorio Tipo 1 No. 2:** Calle 27 y Jovellar con los consultorios de 9, 10, 11 y 12

**Consultorio Tipo 1 No. 3:** Calle N y 25 con los consultorios 13, 14, 15 y 16

**POBLACIÓN ÁREA DE POLICLÍNICO RAMPA: 2086**

### **POLICLÍNICO MONCADA:**

El área de salud de este policlínico está ubicada por circunscripciones y manzanas, geográficamente comprende desde calle 17 hasta 35 entre calle 8 y G (Avenida de los Presidentes)

Cuenta con 6 locales, que comprenden 11 circunscripciones y 81 manzanas.

**Consultorio Tipo 1 No. 4:** Calle A entre 19 y 21. Circunscripción 26. Atiende la población comprendida en Calle 17 hasta 23 entre Paseo y 8, calle 17 hasta 21 entre Paseo y A.

Manzanas 14

**Consultorio Tipo 1 No. 5:** Calle B entre 21 y 23. Circunscripción 28, 29. Atiende la población comprendida en calle 17 hasta 23 entre A y D, Calle 21 hasta 23 entre Paseo y A.

Manzanas 10.

**Consultorio Tipo 1 No. 6:** Calle E entre 21 y 23. Circunscripción 32. Atiende la población de calle 17 hasta 23 entre D y G y calle 23 hasta 29 entre E y G.

Manzana 15

**Consultorio Tipo 1 No. 7:** Calle 25 entre A y B. circunscripción 33 y 64. Atiende la población de Calle 23 hasta 27 entre Paseo y E y Calle 27 hasta 29 entre Paseo y B

Manzanas 12

**Local Consultorio Tipo 1 No. 8:** Calle 27 entre 2 y 8. Circunscripción: 103, 88 y 27. Atiende la población de Calle 23 hasta 35 entre Paseo y 8.

Manzanas 19

**Consultorio Tipo 1 No. 9:** Calle C entre 29 y Zapata. Circunscripción 41 y 85. Atiende la población de calle 27 hasta 29 entre B y E y Calle 29 hasta 35 entre Paseo y D.

Manzanas 11

**POBLACIÓN ÁREA DE POLICLÍNICO MONCADA: 13289**

**POBLACIÓN TOTAL DEL ÁREA DE SALUD: 21835**

### **CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA COMUNIDAD.**

Dentro de las principales características socioeconómicas y demográficas se destacan las siguientes:

Comprende una zona residencial urbana del Vedado, con construcciones que datan en algunos casos de la segunda década del siglo XX. La urbanización de la zona estuvo a cargo del urbanista francés Forrestier con un sistema reticular con manzanas cuadriculadas exactamente, esquema que sólo no se respetaba al seguir las líneas del terreno o la línea de la costa. Dicho proyecto contempló la construcción de grandes avenidas que desembocaban en el mar. Dichas avenidas contaban con un gran separador central provisto de abundantes áreas verdes que se situaban en ambas aceras laterales también. El proyecto incluía regulaciones urbanísticas tales como una altura máxima para las viviendas y la obligada presencia de jardines delanteros.

A partir de los años 30, la burguesía criolla compró parcelas completas para construir residencias las cuales algunas de ellas ocupaban una manzana completa. Tomando a través de los años cada vez más importancia económica, a partir de la década de los 40 comenzaron a construirse edificaciones que alcanzaron múltiples plantas aprovechando la naturaleza rocosa del terreno.

También comprende una zona residencial comprendida entre las Avenidas Salvador Allende, Ayestarán, 19 de Mayo y Boyeros, que inició su desarrollo también el siglo pasado en que la expansión de la ciudad hacia el sur y el oeste, incrementó las vías de acceso a través de esta zona, aunque existieron asentamientos de las familias que se aproximaron a las instalaciones del Castillo del Príncipe, la colina del Hospital Calixto García y la Quinta de los Molinos.

La infraestructura urbanística de ambas áreas, perteneciente a principios del siglo XX fue diseñada para una densidad poblacional que es aproximadamente la cuarta parte de la actual.

El área que se ha descrito pertenece a dos Consejos Populares: **RAMPA y PRINCIPE** que pertenecen al Consejo de la Administración del municipio Plaza de la Revolución

Se encuentra entre las áreas más populosas de la ciudad, en la misma se encuentran centros de gran importancia desde el punto de vista científico, docente administrativo, de servicios y recreación, entre ellos, la Universidad de la Habana, Centro de Estudios Fernando Ortiz, los Ministerios de la Construcción, de la Informática y las Comunicaciones, la heladería Coppelia, cafeterías, cines, teatros y centros nocturnos, con grandes movimientos de personas durante todo el día

También cuenta con instalaciones deportivas como la sala Polivalente y el estadio universitario.

Las actividades económicas fundamentales del área Rampa corresponden a la esfera no productiva es decir prioritariamente la esfera de los servicios.

### **Centros educacionales que atiende la Facultad:**

#### **Círculos Infantiles: 8 con una matrícula de 361 niños**

- Patito Lindo
- Margarita Blanca
- Bambi
- Florecita de la vida(cerrado)
- Diolinda (cerrado)
- Forjadores del Futuro
- Los compa
- Granito de Azúcar

#### **Escuelas primarias: 8 con una matrícula de 2369 escolares**

- José Antonio Echeverría
- Felipe Poey
- Pedro Albizu
- Gonzalo de quesada
- Saúl Delgado
- Ignacio Agramonte
- Pedro Portuondo
- Raúl Gómez

**Escuelas Secundarias: 2 con una matrícula de 626 escolares**

- Felipe Poey
- Raúl Gómez

**Tecnológico 1 con una matrícula de 2222 estudiantes**

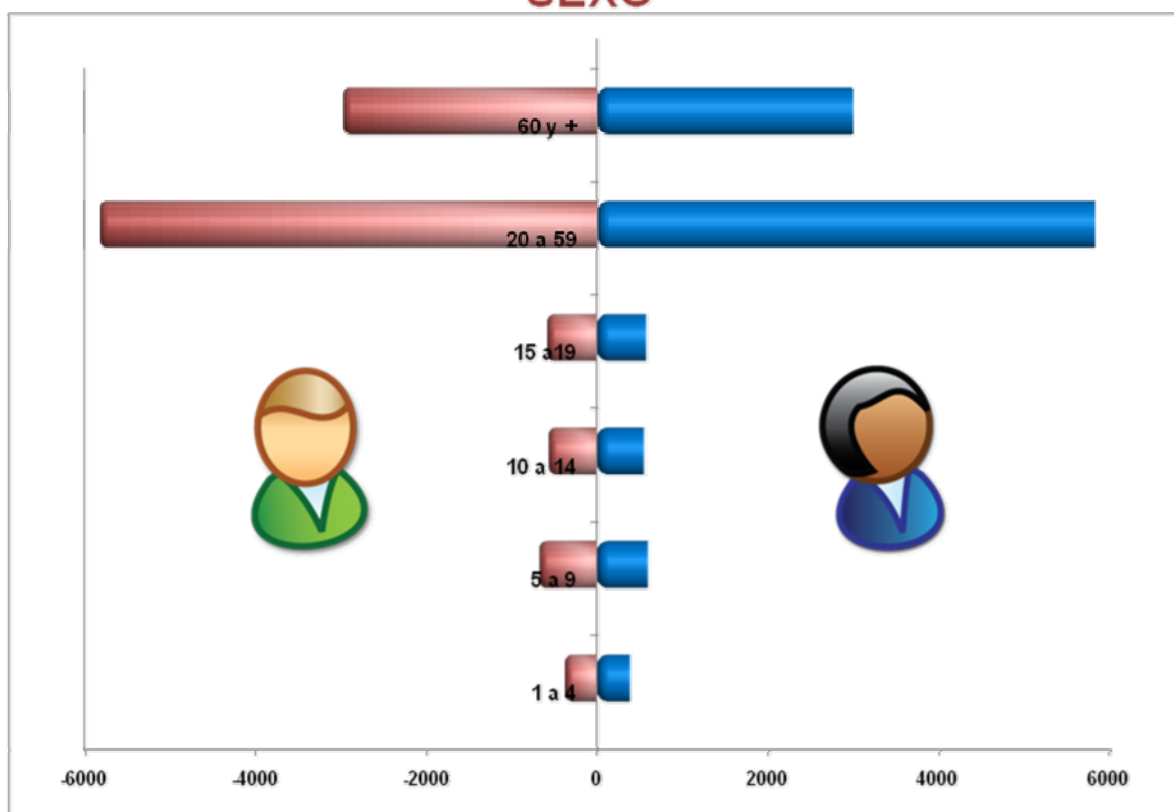
- Politécnico Antonio Guiteras 1

## **ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACIÓN.**

**Población total: 21835**

**Población por grupos de edades**

### **ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO**



Fuente: Dpto de Estadística

La pirámide poblacional es de base estrecha e indica una baja natalidad, se va ensanchando hacia el vértice ya que los niveles de mortalidad se mantienen bajos a lo largo de la vida y logran llegar mayor cantidad de población a edades avanzadas. Los mayores porcentajes se encuentran en los grupos de edades de 20 a 60 años.

**Índice de masculinidad: 0.9**

**Grado de Envejecimiento:**

El 27.2 % representa la población de 60 años y más

**Razón de Dependencia:**

Por cada 100 personas económicamente independientes, hay que mantener a 63 económicamente dependientes

**Tasa bruta de natalidad:** 8.2 por 1000 habitantes

**Tasa de Mortalidad General:** 8.9 por 1000 habitantes

**Esperanza de Vida:** 75.8

**Mujeres:** 78.5

**Hombres:** 73.1

**Relación viejo – joven:** 1.08

La población de esta zona también se caracteriza por migrar poco y la población flotante se manifiesta de manera importante.

## **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SALUD ENFERMEDAD POR DETERMINANTES**

### **Modo, condiciones y estilos de vida:**

#### **Nivel de escolaridad**

El nivel de escolaridad promedio de los habitantes del área de salud es de preuniversitario terminado aunque se caracteriza por tener un alto número de profesionales,

**Ocupación:** Existe un predominio de la categoría obrera con un 19.1 % seguido de estudiantes y un número considerable de profesionales y técnicos medios.

#### **Estilos de Vida:**

- **Educación para la Salud:**

Se estima que aún es insuficiente el nivel de conocimiento de educación para la salud bucal de la población a pesar de que la escolaridad de los habitantes del área es elevada, esto se manifiesta además por que la higiene bucal de las personas examinadas es deficiente

- **Religión:** Predomina la religión católica y es común también la práctica del culto afro cubano

- **Cultura Deporte y Recreación**

La población del área cuenta con un variado número de instituciones culturales y recreativas que le permite satisfacer sus gustos individuales de acuerdo a sus posibilidades

Se desarrollan diversas actividades planificadas por los Consejos Populares en conjunto con la casa de cultura de Plaza.

De la población encuestada expresa que un 45 .8 % practican ejercicios físicos.

- **Consumo de tabaco y alcohol:**

Según las encuestas realizadas por los estudiantes en sus ejercicios docentes un 1.8% de la población consume alcohol y el 17.3 % practica el hábito de fumar

- **Hábitos alimentarios**

Para explorar los hábitos alimentarios se le agregó a la historia de salud bucal familiar un acápite con estos aspectos.

En las mismas se exploró el consumo de vegetales, frutas, tipo de alimentos que consumen con mayor frecuencia y cantidad de veces que consumen alimentos en el día. Entre ellos se exploró la ingestión de alimentos azucarados y carbohidratos en general (líquidos azucarados, helados, caramelos, chocolates, dulces de harina, panes, entre otros)

- El 75% de los encuestados sólo consumen alimentos 2 veces al día
- Un 47% consume vegetales siempre, un 32% no los consume porque no le gusta y un 21% no los puede comprar por su bajo nivel adquisitivo y alto precio de estos productos en el mercado.
- Un 56% de los encuestados consume frutas con regularidad.
- Un 71% consume carbohidratos con frecuencia en las comidas
- Un 37 % consume alimentos azucarados, dulces entre comidas.
- Un 76% de los encuestados plantean ingerir proteínas en su dieta con cierta regularidad.

#### **Medio Ambiente:**

- **Clima:**

Su clima es cálido y húmedo, refrescado por las brisas marinas diurnas y el terral nocturno. Tiene una temperatura promedio anual de 21.1 grado Celsius y una humedad relativa del 80%

- **Abasto de agua y disposición de excretas y residuales líquidos:**

El abasto de agua se realiza a través de la red de acueducto, generalmente en días alternos, pero hay afectaciones en el abasto de agua potable y en la red de alcantarillado, sistemas que a duras penas pueden servir a la población actual de estas áreas. Igualmente desde su construcción, (que data del siglo XIX) no ha existido un plan de mantenimiento ni de renovación de dichas redes, las cuales muestran francos signos de deterioro ocurriendo frecuentes roturas de las tuberías con los consiguientes salideros tanto del agua de consumo como de aguas albañales.

- **Disposición de los desechos sólidos**

Los desechos sólidos del área se almacenan en tanques plásticos provistos por los servicios de Comunales del municipio y otros depósitos individuales que posee la población.

La frecuencia de la recogida de basura es habitualmente diaria y en horas de la noche, se observa un servicio estable aunque en ocasiones muy puntuales se ve afectada por alguna dificultad técnica de los carros de recogida.

La limpieza de las calles en general se ve afectada por falta de personal.

La disposición final de los desechos sólidos recogidos en el área se sitúa en el vertedero a cielo abierto de Calle 100, donde son incinerados periódicamente.

- **Estado de las viviendas:**

Las viviendas se caracterizan en general por ser construcciones antiguas que se mantienen en sentido general en un estado entre bueno y regular. En alguna de las Áreas de Salud especialmente las correspondientes a Moncada y específicamente en Rampa existen ciudadelas en que sus pobladores tienen condiciones de vida precarias desde el punto de vista higiénico sanitario y aunque el índice de hacinamiento es irrelevante existen familias muy extensas que conviven en espacios habitacionales muy pequeños.

- **Estado de los viales:**

Existen serias dificultades con el estado de algunas calles y avenidas sobre todo las secundarias en las que existen vertederos de aguas y en general están en mal estado, aunque se debe destacar que existe un plan para el asfalto de las mismas que se desarrolla actualmente en el consejo Rampa.

Hay presencia en ocasiones de animales domésticos en las calles así como vectores.

- **Contaminación atmosférica:**

Por la situación del Área de Salud de estar en un área de gran densidad de población y con alto índice de vehículos automotores circulando, hay contaminación del aire y contaminación por ruido.

Se destaca que en el área no existe ninguna industria que vierta desechos peligrosos.

## **Organización de los servicios de salud:**

- **Estructura organizativa de la Facultad**

La Facultad cuenta con un órgano de dirección, constituido por un Decanato, al cual se subordinan 7 Vicedecanatos, 15 departamentos Docentes, un departamento de Cuadros, un departamento de Relaciones Internacionales y la Secretaría General

- **Instalaciones de la institución**

- Cuatro edificios
- 15 Laboratorios
- 12 Clínicas Estomatológicas
- 1 Salón de Cirugía
- 10 Aulas
- 2 Anfiteatros

- **Otros laboratorios**

- Laboratorio de Producción de Prótesis Fija.
- Laboratorio de Implantes.

- **Otros servicios:**

- Servicio de RX
- Servicio de escolares en dos escuelas fuera de la Facultad  
(Todo esto lo suprimiría, tal vez hiciera referencia, a parte de esta información en forma descriptiva)

## Claustro

| <b>PROFESORES</b> | <b>Número</b> | <b>Por ciento</b> |
|-------------------|---------------|-------------------|
| Titulares         | 26            | 10,6              |
| Auxiliares        | 99            | 40,7              |
| Asistentes        | 70            | 28,8              |
| Instructores      | 37            | 15,2              |
| ATD               | 11            | 4,5               |
| Total             | 243           | 100               |

Fuente. Dpto de Cuadros

| <b>PROFESORES</b>          | <b>Número</b> |
|----------------------------|---------------|
| Doctores en Ciencias       | 27            |
| Master                     | 86            |
| Especialistas de 2do Grado | 98            |
| De Mérito                  | 4             |

Fuente. Dpto de Cuadros

## Matrícula CURSO 2008 – 2009

| <b>Años</b>   | <b>I</b>   | <b>II</b>  | <b>III</b> | <b>IV</b> | <b>V</b>  | <b>Total</b> |
|---------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| <b>Número</b> | <b>292</b> | <b>351</b> | <b>279</b> | <b>82</b> | <b>84</b> | <b>1088</b>  |

Fuente Secretaría docente

Los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año son los que hacen labor asistencial a través de la educación en el trabajo según los programas de las asignaturas que cursan en esos años. Todos los estudiantes de tercer año cursan su año en las instalaciones de la Facultad pero los de 4to y 5to, a pesar de que la matrícula es de la Facultad muchos están descentralizados a diversos escenarios docentes de la ciudad, cuestión a tener en cuenta al hacer un análisis de los indicadores de servicios y de recursos. En la Facultad solo están 35 de 4to año y 39 de 5to año

## RESIDENTES POR ESPECIALIDADES

| <b>Especialidad</b> | <b>AÑOS</b> |            |             |              |
|---------------------|-------------|------------|-------------|--------------|
|                     | <b>1ero</b> | <b>2do</b> | <b>3ero</b> | <b>TOTAL</b> |
| EGI                 | 1           | 1          |             | 2            |
| Ortodoncia          | 9           | 5          | 12          | 26           |
| CMF                 | 1           | 1          | 2           | 4            |
| Periodoncia         | 6           | 8          | 2           | 16           |
| Prótesis            | 8           | 6          | 10          | 24           |
| Total               | 25          | 21         | 26          | 72           |

La Facultad de Estomatología cuenta con los tres niveles de atención, se brindan servicios de atención primaria y secundaria en Estomatología Integral, Prótesis, Periodoncia, Ortodoncia, y Cirugía Bucal, y atención terciaria en las consultas especializadas de:

- Trastornos temporomandibulares
- Patología Bucal
- Servicios de Prótesis buco máxilo facial e Implantología
- Servicios de medios de diagnósticos especializados, tales como Radiología y Diagnóstico Anatómico Patológico a los servicios de la Facultad y del resto de la provincia.

Dentro de las relaciones interinstitucionales tiene relaciones con los policlínicos Rampa, Moncada y Plaza, los Jefes de Servicios de las clínicas de Integral, Clasificación y Operatoria participan en las reuniones del programa materno infantil de estos policlínicos. Además tiene relaciones de trabajo con el INHEN, CITED, INHA entre otros.

Se remiten los casos que lo requieran a los hospitales Calixto García, Fajardo y Oncológico. Dentro de las relaciones intersectoriales de la institución, están las relacionadas con centros de investigación de la Universidad de La Habana como el Centro de Biomateriales, Ministerio de Educación, FMC, casa de la cultura de Plaza y otros.

## INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

| Indicador                                                                 | Cuba año 2006 | Año 2007<br>Facultad | Proyección<br>2010<br>País |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|----------------------------|
| Meta 1: % de Niños de 5 – 6 años Sanos                                    | 68.0%         | 69%                  | 70.0                       |
| Meta 2: Índice de Cariados, Perdidos y Obturados a los 12 años            | 1.46          | 1.4                  | 1.2                        |
| Meta 3: % que Conservan todos los dientes a los 18 años                   | 89.9%         | 88.2%                | 93.0                       |
| Meta 4: Promedio de dientes perdidos en población de 35 a 44 años de edad | 5.14          | 4.9                  | 4.5                        |
| Meta 5: Promedio de dientes perdidos en población de 60 a 74 años de edad | 16.38         | <b>17.1</b>          | 15.5                       |
| % de población sin afectación gingival y                                  | 67.0%         | <b>62.3%</b>         | 70.0                       |

|                                  |  |              |  |
|----------------------------------|--|--------------|--|
| periodontal                      |  |              |  |
| % de población sin maloclusiones |  | No se conoce |  |

## ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

**Meta 1:** Haber cumplido esta meta se debe indiscutiblemente a la realización consecuente de acciones de promoción de salud y prevención desde edades tempranas de la vida y sobre la gestante y madre con niños menores de 1. Se espera alcanzar la cifra propuesta para este indicador en el año 2010

**Meta 2:** El índice COP – D en esta edad se utiliza para la comparación entre países, en Cuba en la encuesta nacional de 1984 se determinó este indicador siendo la cifra de 4.37, el mismo ha ido mejorando ostensiblemente y se cumplió la meta prevista para el 2000, como se puede observar en el cuadro superior la media nacional fue de 1.46 en el 2006 y la Facultad exhibe un indicador de 1.4 cuestión que habla, fundamentalmente, a favor de la labor preventiva en los escolares del área.

**Meta 3:** Otro grupo a vigilar y atender es el arribará al 2010 con 18 años, el indicador tiene un valor que se considera de bien, pero para mantenerlo y mejorarlo es necesario cumplir lo previsto en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población sobre todo en la labor con los adolescentes y mantener una infraestructura que garantice la cobertura de tratamientos curativos en estas edades. Es importante llevar a cabo todas las acciones previstas en el programa JUVEDENTI.

**Meta 4:** A pesar de que este grupo de edad recibió entre los 20 y 30 años las condiciones desfavorables del período especial se favorecieron con el esquema preventivo de la aplicación tópica de fluoruros que se estableció en el país en la década de los 70, es por eso que el indicador es favorable en nuestra área.

**Meta 5:** El promedio de dientes perdidos en población de 60 a 74 años, en comparación al resultado del país en el año 2006, está por encima de la media nacional, esta situación está dada porque la población del área de la Facultad está envejecida y estas personas no han sido favorecida por el esquema preventivo que se implantó en el país en la década de los 70, siendo este indicador una alerta para trabajar con las personas del área que arriben al 2010 dentro de este último grupo de edad ya que la expectativa de vida de las personas en el país y en la ciudad de la Habana es alta y mantener la mayor cantidad de dientes funcionales en la boca también contribuye a elevar la calidad de vida. De todos modos desde el año 1984 en el que se hizo la primera encuesta nacional de salud bucal a la fecha el indicador ha ido mejorando de 28.4 promedio de dientes perdidos a 16.38 en el país.

**Meta 6.** En cuanto al indicador de porcentaje de población sin afectación gingival y periodontal indica que está por debajo de la media nacional esto nos permite suponer que aún es insuficiente la labor educativa y preventiva de nuestros profesionales y estudiantes sobre la población del área teniendo en cuenta que uno de los principales factores de riesgo para estas enfermedades, es la deficiente higiene bucal debido a un pobre conocimiento sobre salud bucodental de la población.

## **ANÁLISIS DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2008.**

### **Grupos priorizados**

| <b>Grupos priorizados</b>          | <b>Universo</b> |
|------------------------------------|-----------------|
| <b>Embarazadas</b>                 | <b>235</b>      |
| <b>Madres con niños – de 1 año</b> | <b>129</b>      |
| <b>Población de 1 a 18 años</b>    | <b>4234</b>     |
| <b>NAHO</b>                        | <b>397</b>      |
| <b>Discapacitados</b>              | <b>14</b>       |
| <b>Retrasados mentales</b>         | <b>2</b>        |
| <b>Adulto mayor</b>                | <b>5960</b>     |

Se conoce el universo de las personas que componen los distintos grupos priorizados pero la dispensarización de los mismos no es óptima, esto está determinado por problemas organizativos en las diferentes clínicas que cambian la población asignada a los profesores de acuerdo a la asignatura que estos imparten por semestres.

### **Estado comparativo nonestre año 2007 / 2008.**

#### **Embarazadas**

| <b>Enero – Septiembre 2007</b> |            |                           | <b>Enero Septiembre 2008</b> |            |                           |
|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Examinadas</b>              | <b>NNT</b> | <b>Atención concluida</b> | <b>Examinadas</b>            | <b>NNT</b> | <b>Atención concluida</b> |
| <b>17</b>                      | <b>3</b>   | <b>8</b>                  | <b>54</b>                    | <b>14</b>  | <b>17</b>                 |

Aunque en el período analizado el año 2008 se comporta mejor, aún es insuficiente el pesquiasje y existe subregistro de la atención de este grupo tan importante de población

#### **Madre con niños menores de 1 año**

| <b>Enero – Septiembre 2007</b> |            |                           | <b>Enero Septiembre 2008</b> |            |                           |
|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Examinadas</b>              | <b>NNT</b> | <b>Atención concluida</b> | <b>Examinadas</b>            | <b>NNT</b> | <b>Atención concluida</b> |
| <b>1</b>                       | <b>1</b>   | <b>3</b>                  | <b>5</b>                     | <b>0</b>   | <b>2</b>                  |

Es muy insuficiente la atención a este grupo de población, es necesario realizar un trabajo de pesquiasje de manera urgente para antes de terminar el año poder examinar y brindar

atención preventivo curativa a este grupo priorizado. También se considera que hay subregistro en la información,

### **Discapacitados**

| <b>Enero – Septiembre 2007</b> |            |                           | <b>Enero Septiembre 2008</b> |            |                           |
|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Examinados</b>              | <b>NNT</b> | <b>Atención concluida</b> | <b>Examinados</b>            | <b>NNT</b> | <b>Atención concluida</b> |
| <b>4</b>                       | <b>1</b>   | <b>1</b>                  | <b>3</b>                     | <b>2</b>   | <b>1</b>                  |

En este caso también es insuficiente el pesquiasaje y la dispensarización de este grupo priorizado, se impone orientar todo el trabajo de los estudiantes que hacen los ASS de las familias asignadas pesquisar y dispensarizar estos pacientes, también se considera existe subregistro

### **Estado comparativo de la Atención Estomatológica al menor de 19 años. Período Enero \_ Septiembre 2007 / 2008.**

#### **Prevención**

| <b>Acciones</b>              | <b>Año 2007</b> |              |                |                |              | <b>Año 2008</b> |              |                |                |              |
|------------------------------|-----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|-----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|
|                              | <b>1. 4</b>     | <b>5 - 9</b> | <b>10 - 14</b> | <b>15 - 19</b> | <b>total</b> | <b>1. 4</b>     | <b>5 - 9</b> | <b>10 - 14</b> | <b>15 - 19</b> | <b>total</b> |
| Laca flúor                   | 19              | 127          | 169            |                | 315          | 293             | 1162         | 281            |                | 1736         |
| Enjuagatorios de flúor       |                 | 22962        | 6230           | 19666          | 48858        | -               | 33196        | 9846           | 27744          | 70786        |
| CPDB                         | 9               | 136          | 70             | 37             | 252          | 40              | 318          | 215            | 64             | 637          |
| Sellantes de fosas y fisuras |                 | 4            | 4              |                | 8            | -               | 6            | 2              |                | 8            |

Se realizan 25 controles de placa por cada 100 habitantes en las edades de 1 a 18 años cifra muy baja, la relación de controles de placa por examinados en estos grupos se comporta en 25.4% también cifra muy baja ya que por programa se le debe realizar el CDPB al 100% de los examinados, no obstante el período analizado del 2008 tiene un mejor comportamiento que el mismo período del año anterior en la atención preventiva al menor de 19 años.

### **Programa de Detección Precoz de Cáncer Bucal. Estado comparativo Enero - Septiembre 2007/ 2008**

| <b>PDCB</b>       |                  |                   |                  |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| <b>2007</b>       |                  | <b>2008</b>       |                  |
| <b>Examinados</b> | <b>Remitidos</b> | <b>Examinados</b> | <b>Remitidos</b> |
| <b>4803</b>       | <b>5</b>         | <b>4861</b>       | <b>31</b>        |

El comportamiento de las actividades del programa de detección precoz de cáncer bucal es similar en los dos períodos que se comparan, hay que hacer énfasis en que el pesquiasaje efectivo hace que aumenten los pacientes remitidos de ahí la importancia de un buen examen del complejo bucal. No existen otros indicadores para el análisis de este

importante programa en el área como es el cálculo de la mortalidad por cáncer bucal, por tipos de cánceres, por sexo y además el cálculo del riesgo absoluto o incidencia.

## COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE SERVICIO

### INDICADORES SELECCIONADOS. Enero \_ Septiembre 2007 / 2008.

| Indicadores                              | 2007 | 2008 |
|------------------------------------------|------|------|
| Consultas / 100 hab                      | 85   | 84.7 |
| Obturaciones/100 hab                     | 48   | 31.8 |
| Extracciones / 100 hab                   | 6.9  | 6.9  |
| Obturaciones/extracciones                | 6.9  | 4.6  |
| TTde Endodoncia/100 hab                  | 3.2  | 2.1  |
| Extracciones/Tt de Endodoncia            | 2.1  | 3    |
| % de CDCP/ Examinados                    | 18.3 | 31.6 |
| %TPR / TT endodoncia                     | 76.8 | 63.8 |
| % de consultas de MNT/Total de consultas | 19.1 | 27   |

## CONCLUSIONES

1. Es insuficiente el nivel de conocimientos que tiene la población sobre educación para la salud, lo que genera: deficiente higiene bucal y malos hábitos alimentarios en la misma
2. Es bajo porcentaje de personas examinadas con el Control de Placa dentobacteriana realizado
3. No se cumple con todo lo reglamentado en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal sobre todo con relación a la retroalimentación que debe haber en caso de pacientes diagnosticados con cáncer o lesiones premalignas y de los fallecidos por esta causa
4. No se conoce el porcentaje de niños del área con maloclusiones

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Análisis de la Situación de Salud .Policlínico Rampa. 2004. La Habana
2. Indicadores Demográficos Cuba y sus territorios. . 2007 ONE. Cuba
3. Martínez Calvo Silvia. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública 1998;23(1):19-22
4. Ochoa Alonso, Alcides, Lisett Selva Suárez y Eduardo Rodríguez Pupo. El análisis de la situación de salud. Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Inegr 1996;(12)4

5. Pría Barros. María del C. I. Louro Bernal A T Fariñas, H. Gómez Haz, A. Sigfredo Pérez. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(3)
6. Propuesta de objetivos estratégicos para el año 2007. 18 de diciembre 2006. MINSAP. Cuba
7. Proyecciones de la Salud Pública para el 2015. 2006. MINSAP. La Habana
8. Sagué Sifonte G. A. El Análisis de la Situación de salud: ¿Un documento para ser archivado por el Estomatólogo General Integral? Abril 2001. Odontomarketing
9. Sansó Soberat, Félix. El proceso de análisis de la situación de salud no debe ser privativo del nivel primario de atención. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(6):517-9
10. Sosa M, Mojáiiber A: Análisis de la situación de Salud en las comunidades. Componente bucal. Una guía para su ejecución. DNE. 1998.MINSAP: cuba
11. Sosa Rosales M. A. Mojáiiber de la Peña. Evolución del Estado de Salud Bucal de la población cubana desde el año 1984 – 1998 según cumplimiento de las metas de salud bucal para el 2000.

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “FINLAY ALBARRÁN”  
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “27 DE NOVIEMBRE” MARIANAO**

**APLICACIÓN DE LA TINTURA DE CALÉNDULA AL 20% EN ESTOMATITIS  
SUBPRÓTESIS**

**AUTORES:**

ME, Fernández Collazo. FCM “Finlay Albarrán”. Ave 45 #10621. Marianao. Ciudad de La Habana. E-mail: [mariae.collazo@infomed.sld.cu](mailto:mariae.collazo@infomed.sld.cu)

DL, Mesa González. Policlínico “27 de Noviembre”. Calle 106 #5304 Marianao. Ciudad de La Habana. E-mail: [dmesa@infomed.sld.cu](mailto:dmesa@infomed.sld.cu)

B, Bravo Seijas. Policlínico “CJFinlay”. B, Bravo Seijas. PU “C J Finlay”. Ave. 51 esq.124. Marianao Ciudad de la Habana E-mail: [beatrizbravo@infomed.sld.cu](mailto:beatrizbravo@infomed.sld.cu)

**RESUMEN:**

Entre las tendencias de la medicina contemporánea se destaca la incorporación de la Medicina Tradicional y Natural en la práctica profesional, como una verdadera disciplina científica. La utilización por el hombre de las plantas medicinales se remonta a los mismos orígenes de la humanidad. La botánica medicinal siempre ha constituido el principal arsenal terapéutico de muchos pueblos y civilizaciones. La caléndula tiene acción antiséptica, antiinflamatoria, cicatrizante, y otras. Por lo que es utilizada en Estomatología. La investigación, es un de tipo ensayo clínico terapéutico fase II, donde el universo estuvo constituido por 2418 y la muestra estuvo constituida por un grupo de 150 pacientes mayores de 60 años, femeninos y masculinos, con diagnóstico de estomatitis subprótesis grado I, que acuden a la consulta del Departamento de Estomatología del Policlínico “27 de Noviembre” en el área de salud del Municipio Marianao, en el transcurso del año 2008. Para evaluar el efecto de la aplicación de la tintura de caléndula al 20% en estos pacientes, fueron evaluados los días 7, 14 y 21 hasta su curación, por lo que se utilizó la categoría evolución de la lesión, la cual fue clasificada con los términos de; curada, mejorada y no curada. La tintura de caléndula al 20% resultó ser eficaz en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis grado I.

Palabras clave: medicina natural, caléndula, estomatitis subprótesis

## **INTRODUCCIÓN:**

### **La MNT: origen y evolución:**

En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido en reiteradas ocasiones la importancia del uso de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) (1, 2).

La MNT, conocida internacionalmente como medicina alternativa, energética, naturalista ó complementaria y holística, comprende técnicas y procedimientos de terapia y de mantenimiento de la salud, vinculadas a los factores culturales antiguos y populares (1,3, 4).

Es una especialidad de perfil amplio que, en su aplicación, abarca métodos de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación de pacientes. (5, 6, 7)

Sus acciones van dirigidas a estimular los mecanismos naturales, físicos y psíquicos de la autocuración, considerando que el organismo humano posee capacidades de autodefensa contra múltiples enfermedades. (8)

En los Papiros del antiguo Egipto encontramos escritos donde se evidencia el uso de plantas con fines medicinales. Hasta los inicios del siglo XIX, toda la práctica de la medicina era tradicional y continuaron apareciendo toda clase de remedios naturales con el paso del tiempo (9, 10).

Desde 1976 la OMS ha venido promoviendo la utilización integrada de los sistemas tradicionales de medicina. En 1977 la Asamblea instó a los estados miembros a que utilizaran sus sistemas tradicionales de medicina y, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Atá (URSS), la que representó un hito singular en la historia de la salud pública, reconoció la importancia de los profesionales de la Medicina Tradicional y Natural y de los medicamentos y técnicas que eran utilizados, así como una de las fuentes de recursos disponibles más importantes en la consecución de la meta de Salud para Todos en el año 2000. Recomendó a los gobiernos que incorporaran en sus políticas y reglamentos farmacéuticos nacionales los recursos de esta medicina y su comprobación por medio de las investigaciones, así como elaborar un programa para su desarrollo (6, 7, 11).

En Cuba, la génesis de la Medicina Tradicional es prácticamente desconocida, puesto que la población aborigen fue exterminada prácticamente al inicio de la colonización. Por su parte, las diferentes etnias africanas aportaron elementos de las prácticas curativas de sus lugares de origen, vinculadas fundamentalmente al uso de plantas medicinales, algunas de las cuales existían también en la isla, han dejado pocos testimonios. Esto determinó que su desarrollo recomenzara a finales del siglo XV con una mezcla de origen español, africano, chino y yucateco (7, 12-14).

José Martí describía el uso de plantas medicinales por el campesinado cubano, y el general Máximo Gómez las empleaba con sus mambises para protegerlos contra vectores del trópico (15).

No es hasta el siglo XVIII, en que Antonio Parra aportó la primera obra cubana en la cual se describía la flora de la isla, continuidad que tuvo su máxima expresión en el sabio cubano Juan Tomás Roig, el cual clasificó las plantas teniendo en cuenta sus usos y recomendaciones (16).

En 1996 se aprueba el Programa para el Desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural. Durante 1999 se creó el Programa de Medicina Natural y Tradicional; que recoge actividades, dirigidas a desarrollar y divulgar esta medicina tratando de lograr estrecha relación entre el equipo de salud y la población (3, 17).

En el año 2002 se adopta el Acuerdo No. 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Este acuerdo establece un conjunto de medidas, entre las que se destaca la creación de un Centro Nacional para el Desarrollo de la MNT, rector de todas las actividades del programa en el país (7).

Actualmente el modelo cubano cuenta con centros especializados llamados Centros para el Desarrollo de la MNT, que prestan su servicio en todas las provincias y municipios del país.

El desarrollo notable alcanzado en el empleo de la MNT en nuestro país, ha nutrido a nuestro Sistema Nacional de Salud de un arsenal terapéutico importante en la práctica diaria (18). Numerosas investigaciones describen el uso de estas técnicas demostrando su efectividad (12, 19-21).

En la actualidad son muchas las plantas usadas en afecciones estomatológicas con magníficos resultados (22). Según Águila y Méndez en Cuba, una de las plantas con la

que se han obtenido resultados favorables es la caléndula, cuyas propiedades antiinflamatorias y antisépticas han permitido establecer una vía de enfrentamiento a las caries. La popularización en Europa de su consumo en forma de infusiones ha conseguido reducir las inflamaciones bucales (23).

Las **caléndulas** o **margaritas** o maravilla; son un género de un medio centenar de especies de hierbas anuales o perennes de la familia de las asteráceas, nativas de la región mediterránea y el Asia Menor.

Son hierbas de escasa altura, con hojas espirales, simples, ligeramente pubescentes, de entre 5 y 20 cm de largo, crece espontáneamente en campos, huertas y jardines. Las flores son discoidales, amarillas a naranja intenso, y muy vistosas. Algunas especies, entre ellas el botón de oro (*Calendula officinalis*) están en flor casi todo el año; su nombre científico proviene de las calendas, el nombre dado por los latinos al primer día del mes, por juzgarse similar la frecuencia de su floración.

Durante la primavera produce flores bastante grandes, su recolección se realiza durante esta etapa, de abril en adelante.

En Cuba, una de las plantas con la que se han obtenido resultados favorables es precisamente; la caléndula. Entre las propiedades de la caléndula podemos citar; antiinflamatorias (esteroides y flavonoides) y antisépticas con marcada actividad frente a estafilococos (aceite esencial), han permitido establecer una vía de enfrentamiento a las caries, ya que sus flores tienen la capacidad de estimular las células de nuestro sistema inmunológico conocidas como macrófagos lo que propicia la destrucción de bacterias. También es utilizado como antiparasitario, activo frente a trichomonas (mono y sesquiterpeno oxigenadas), antiedematoso, cicatrizantes (mucílago, flavonoides, triterpenos, carotenos), estrogénicos (flavonoides, fetosteroides, aceites esenciales) Indicaciones, Ulceraciones Estomatitis aftosa. Gingivoestomatitis herpética Forma de presentación; extracto fluido. Uso; 10 gotas en medio vaso de agua Colutorio 3 veces al día (16, 23).

La popularización en Europa de su consumo en forma de infusiones ha conseguido reducir las inflamaciones bucales, aunque, los estudios en Cuba apuntan a su empleo como colutorios. Sus primeros resultados indican un incremento de esta práctica con

una mayor cantidad de pacientes por su bajo nivel de rechazo en personas alérgicas (23).

La Estomatitis Subprotésica (E.S.P) es un término que ha sido aplicado a la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis afectando principalmente a la población de edad avanzada portadores de prótesis dentales (24-26).

Newton en 1962 (27), propuso una clasificación de esta entidad basada en la apariencia clínica de inflamación de la mucosa de los maxilares por debajo de la prótesis, a saber; Tipo I: puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas, Tipo II: zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis, Tipo III: lesión de aspecto papilomatoso.

La prevalencia de Estomatitis Subprotésica en los pacientes que usan prótesis ha sido reportada entre un 25 a 65%. Esta patología es más común en pacientes con edades comprendidas entre 25 y 90 años y del sexo femenino (24, 26).

La mayoría de los estudios realizados reportan que la etiología de la Estomatitis Subprotésica es multifactorial. Sin embargo, mencionan como causas las siguientes; el trauma ocasionado por la dentadura (incluyendo uso continuo de la prótesis), la higiene de la prótesis, la reacción irritante y alergia al material de la base de la prótesis, los factores dietéticos (incluyendo los que causan deficiencias hematológicas), las infecciones micóticas y los factores sistémicos (incluyendo factores predisponentes) (27-29).

La Estomatitis Subprotésica es frecuentemente que sea asintomática, no obstante, algunos pacientes pueden quejarse de dolor, sangramiento e inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis, sensación de ardor, halitosis, sabor desagradable y sequedad de la boca (26). Es más frecuente debajo de la prótesis superior.

Seque aconseja, como principal medida el retiro de las prótesis durante la noche, el uso de material acondicionador de tejido y la limpieza de las prótesis con cepillo y un agente desinfectante, la confección de prótesis nuevas, cuando las que está usando, se encuentren en mal estado o por lo menos realizar un rebasado de las mismas (30, 31)

Las investigaciones internacionales y nacionales, tratan de establecer las bases fisiológicas en que radica la efectividad de los procedimientos naturales y tradicionales, despojándolos de todo el misticismo y empirismo en que descansaban; ofreciendo los

resultados siguientes: el surgimiento de nuevos medicamentos, asociado al principio activo de la planta, de ahí que cada vez más se hagan estudios sobre especies vegetales y se comprueba que en nuestro cuerpo existen puntos biológicamente activos, llamados puntos de acupuntura, que tienen una baja resistencia eléctrica, por lo que tienen una mayor conductividad eléctrica (32). Estos puntos son una gran red por donde circula la energía; de allí surge la teoría King Lo (8). Se ha demostrado que la excitación, la anestesia o la cauterización de una región diferente de la que se encuentra afectada, genera acciones reflejas favorables (33). El mecanismo de acción se explica por los eventos neuroquímicos que ocurren al estimular determinadas áreas del cuerpo, que provoca un efecto inhibitorio a nivel de la sustancia gelatinosa de Rolando unido al fenómeno bioquímico de acción de diversas sustancias: Endorfinas o encefálicas, todo lo cual se podrá resumir como una acción reguladora. (8, 34) Con este principio se utilizan los procedimientos de acupuntura, digitopuntura, moxibustión, ventosas, láserterapia, y técnicas holísticas como: la Gimnasia.

El ser humano, en su estrecha relación con la naturaleza que le rodea, ha hecho uso de ella y como parte de su historia ha manejado un conjunto de creencias transmitidas de generación en generación.

Por tanto cabe preguntarnos; ¿cuál será la eficacia de la tintura de caléndula al 20% en pacientes con estomatitis subprótesis grado I?

## **OBJETIVO**

Determinar la eficacia del tratamiento con tintura de caléndula al 20 % en la estomatitis subprótesis grado I en el adulto mayor del área de salud del Policlínico “27 de Noviembre” del municipio Marianao durante el año 2008

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio de tipo ensayo clínico terapéutico fase II, para evaluar la eficacia de la tintura de Caléndula al 20% en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis Grado I, tanto en el paladar como en los rebordes alveolares superiores en portadores de aparatos protésicos totales y parciales removibles con bases acrílicas.

Se estudiaron un total de 150 pacientes portadores de prótesis dental removible parcial y total que acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica del Policlínico Universitario “27 de Noviembre”, durante el año 2008. Las unidades de estudio se dividieron en dos

grupos, a un grupo se le aplicó tintura de Caléndula al 20% y al otro grupo el tratamiento convencional.

Se examinaron 150 Historias Clínicas de pacientes cuyo motivo de consulta fue la presencia de zonas eritematosas en el paladar o en los rebordes alveolares superiores y que fueron diagnosticadas como Estomatitis Subprotésica Grado I. La fuente de información primaria fue obtenida de las historias clínicas donde se recogen todos los datos bioestadísticos, antecedentes personales, descripción clínica de la lesión, exámenes complementarios, diagnóstico provisional, diagnóstico diferencial y diagnóstico definitivo.

**Criterios de inclusión:** Pacientes de 60 años y más, femeninos y masculinos, con Historias Clínicas confeccionadas en el Servicio de Prótesis pertenecientes al área de salud del Policlínico “27 de Noviembre”, portadores de prótesis removibles acrílicas parciales y totales, con criterio diagnóstico de estomatitis subprótesis grado I donde se observan zonas con presencia de puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas. Y que den su consentimiento a participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:** Pacientes menores de 59 años, embarazadas, incapacitados mentales y los que no estén de acuerdo en participar en el estudio.

Se aplicaron criterios de selección: criterio diagnóstico, de inclusión, de exclusión y de salida; a cada paciente, para su participación en la investigación.

La asignación de los pacientes se realizó de forma alterna a ambos tratamientos, a medida que los pacientes fueron diagnosticados; quedando de esta forma distribuidos en 2 grupos de tratamiento. El grupo estudio fue tratado con tintura de Caléndula al 20 %, 10 gotas diluidas en medio vaso de agua fría y realizar colutorios por espacio de 1 minuto, 3 veces al día por 21 días. Al grupo control se le orientó tratamiento con vitaminoterapia (Multivit o Nutriforte), 1 tableta cada 8 horas por 21 días y colutorios con agua hervida fría 3 veces al día por 21 días. Ambos grupos fueron evaluados los días 7, 14 y 21 hasta su curación y se les orientó no usar la prótesis ni recibir otro tratamiento. Durante la investigación se analizaron las variables: evolución de la lesión al final del tratamiento y eficacia del tratamiento.

**Resultados:**

A los 7 días de implantado el tratamiento con tintura de Caléndula al 20 % en el grupo estudio, 67 pacientes habían curado de la Estomatitis Subprótesis Grado I, para un 89.3 % y los 8 restantes habían mejorado los signos inflamatorios que aparecen en la mucosa de soporte de las prótesis; los que curaron a los 14 días.

**Tabla 1. Pacientes con Estomatitis Subprótesis grado I y tratamiento con tintura de Caléndula según evolución de la lesión.**

| Evolución de la lesión | 7 días |      | 14 días |      |
|------------------------|--------|------|---------|------|
|                        | No.    | %    | No.     | %    |
| Curada                 | 67     | 89.3 | 8       | 10.6 |
| Mejorada               | 8      | 10.6 | -       | -    |
| Total                  | 75     | 100  | 8       | 10.6 |

A los pacientes que se aplicó el tratamiento convencional, al finalizar la primera semana (7 días), habían curado 57 de ellos de la Estomatitis Subprótesis grado I, para un 76.0 %; 16 habían mejorado (21.3 %) y 2 se mantenían no curados (2.6 %). De los 18 pacientes que permanecían en el estudio luego de la primera evaluación, a los 14 días habían curado 8 (10.0 %) y 10 (13.3 %) habían mejorado los signos inflamatorios de la mucosa de soporte; los que curaron en la tercera evaluación (21 días).

**Tabla 2. Pacientes con Estomatitis Subprótesis grado I y tratamiento convencional según evolución de la lesión**

| Evolución de la lesión | 7 días |      | 14 días |      | 21 días |      |
|------------------------|--------|------|---------|------|---------|------|
|                        | No.    | %    | No.     | %    | No.     | %    |
| Curada                 | 57     | 76.0 | 8       | 10.6 | 10      | 13.3 |
| Mejorada               | 16     | 21.3 | 10      | 13.3 | -       | -    |
| No curada              | 2      | 2.6  | -       | -    | -       | -    |
| Total                  | 75     | 100  | 18      | 24.0 | 10      | 13.3 |

**Tabla 3. Tiempo promedio de curación según tipo de tratamiento**

|               |        |
|---------------|--------|
| Grupos        | -<br>X |
| Grupo estudio | 7.7    |
| Grupo control | 9.8    |

Los pacientes del grupo estudio, tratados con tintura de Caléndula al 20 % curaron como promedio en 7.7 días, mientras que los del grupo control, que recibieron tratamiento convencional, requirieron más tiempo para su curación total, lográndose un tiempo promedio de 9.8 días.

### **Discusión**

Según nuestros resultados, Robles (35) al utilizar el gel de caléndula officinalis logra en la totalidad de sus pacientes eliminar la inflamación y el edema, en la segunda semana, resultado similar al de nuestro estudio. Bruzón (36) con la tintura de Aloe al 25 % logró la curación en un promedio de 5.6 días; y Rodríguez (37) con el empleo de la tintura de Cúrcuma Longa al 10 % consiguió que los pacientes curaran a los 5.95 días.

En todos los casos, la resolución de la Estomatitis Subprótesis Grado I se produjo en tiempo menor que el que se requirió con el tratamiento convencional.

El éxito del tratamiento de la Estomatitis Subprótesis grado I estuvo parcialmente garantizado en ambos grupos (estudio y control), por las propiedades antiinflamatorias, cicatrizantes, antibacterianas, antisépticas, antifúngicas, entre otras, que se le atribuyen a la Caléndula officinalis.

No se reportaron reacciones adversas con la aplicación del fitofármaco. Los resultados obtenidos, así como su validación estadística, confirman que el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con tintura de Caléndula al 20%, es tan eficaz como el tratamiento convencional.

### **Conclusiones**

La tintura de Caléndula al 20 % resultó ser eficaz en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis grado I, logrando la curación de las lesiones en menor tiempo que el tratamiento convencional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Natural y Tradicional; 2005.
2. Ministerio Nacional Salud Pública (MINSAP). Proyección estratégica. [En línea] ENSAP, Cuba; 2006. [Consultado diciembre 12 del 2008]. Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/>
3. Ministerio Nacional Salud Pública (MINSAP). Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional. [En línea], Cuba; 1999. [Consultado enero 10 del 2009]. Disponible en: <http://www.naturmedicapro.com/>
4. Sánchez L, Cruz M, Amaro M, Barriuso A. Introducción a la Medicina General Integral. [En línea] Editorial Ciencias Médicas, La Habana; 2001. [Consultado enero 04 del 2009]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/introd\\_mgi.plf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/introd_mgi.plf)
5. Pérez M, Padrón L: Presentación. Revista IDEASS, Innovación para el desarrollo y la cooperación Sur-Sur, Editorial Merci Group, La Habana, 2005.
6. Cordero L, Martínez A, González Y. Propuesta de estrategia anual de comunicación: Los jóvenes capitalinos y la Medicina Natural y Tradicional. CNDMNT. Ciudad de La Habana, marzo-2006.
7. OMS-OPS: Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Natural y Tradicional, 2002-2005.
8. Pargas F. Enfermería en la Medicina Tradicional y Natural. [En línea] Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba; 2005. [Consultado enero 04 del 2009] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/medicina\\_natural\\_y\\_tradicional/indice-p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/medicina_natural_y_tradicional/indice-p.htm) .
9. Marín J. Plantas Medicinales y Fitoterapia I. Editorial ISMM; 1996. p.6-33.
10. Arnold Y, Reyes P. La medicina alternativa. Rev. Cubana de MGI, 2002; 18(1): 110-2.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Traditional Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington DC. Regional de la OMS para

- las Américas (Organización Panamericana de la Salud) Grupo de trabajo OPS/OMS; 1999.
12. Bellón S, Bellón A, Echarry O. Actualización terapéutica en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional en Estomatología. [En línea] ISCM; 2005. [Consultado enero 6 del 2009] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actuailz\\_mnt\\_estomat.pdf/](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actuailz_mnt_estomat.pdf/)
  13. Soler B, Porto M. Experiencia cubana en el estudio y aplicación de medicamentos herbarios. [En línea] Rev. Cubana Plant. M, 2 (1), 1997. [Consultado febrero 6 del 2006]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sciarttext&pid=s1028-476/>
  14. Morón F. La Medicina Tradicional en las Universidades Médicas. Rev. Cubana de Plant Med 1997; 2(1): 35-41.
  15. Martí J, Gómez M: Diario de campaña. Instituto del libro, La Habana, 1968, p 378.
  16. Roig Mesa, J.T: Plantas medicinales aromáticas o venenosas de Cuba, Instituto del libro, La Habana, 1974, p 2-82.
  17. Aparicio A. Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural derivada de la medicina tradicional china en contacto con diferentes culturas. Revista Gaceta de Antropología 2004; (20): 20-25.
  18. Marín M. La Medicina Natural y Tradicional como alternativa de tratamiento estomatológico en condiciones de desastres. MINSAP, Mayo 2006.
  19. Riverón M. La Homeopatía como estrategia terapéutica. [En línea] RESUMED 2001; 14(1): 5-9. [Consultado abril 20 del 2009]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14-1-01/res022101.pdf/> .
  20. Karu T. "Fotobiología de los efectos del láser de baja potencia" Health physics, 1989; 56(5) 691-704.
  21. Rodríguez I. La Homeopatía información científico técnica. [En línea] RESUMED 2001; 14 (1): 3-4. [Consultado octubre 10 del 2009]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14-1-01.htm/>

22. Ministerio Nacional Salud Pública (MINSAP). Guía para la evaluación del Programa de Medicina Tradicional y Natural de las provincias y municipios. La Habana, Cuba: Editorial MINSAP; 1999.
  23. Águila B, Méndez R. Extracto acuoso de Caléndula. Estudio preliminar de sus propiedades. Revista Cubana de Plantas Medicinales 2000; 5(1): 30-1.
  24. Budtz-Jørgensen E, Stenderup A and Grabowski M (1975) An epidemiological study of yeasts in elderly denture wearers. Community Dent Oral Epidemiol. 3:115.
  25. Odds FC. (1979) *Candida* and Candidosis. Leicester. England: Leicester University Press. Chapter 1: 1-15.
  26. Wilson J. (1988) The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. Br Dent J. 185(8): 380-84.
  27. Renner RP, Andors L, McNamara TF and Brook S. The role of *Candida albicans* in denture stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 47: 323, 1979.
  28. Bergendal T. Status and treatment of denture stomatitis patients: a 1-year follow-up study. Scand J Dent Research. 90: 227, 1982.
  29. Love W, Goska F, Mixon R. The etiology of mucosal inflammation associated with dentures. J Prosthet Dent. 17: 515-27, 1967.
  30. Nikawa H, Yamamoto T and Hamada T. Effects of components of resilient denture lining materials on the growth acid production and colonization of *Candida albicans*. J Oral Rehabilitation. 22: 817, 1995.
  31. Johnson GH, Taylor D, Heid DW. Clinical evaluation of a nystatin pastille for treatment of denture related oral candidiasis. J Prosthet Dent. 61(6): 699-703, 1989.
  32. Salonen L, Axéll T, Helldén L. Occurrence of oral mucosal lesions: the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult's Swedish population. J Oral Pathol Med. 19: 170-6, 1990.
  33. Díaz M. Pensar en Chino. México: Editora Farmacia Verde; 1996. p. 2-58.
  34. Mendoza C. Reflexoterapias. Definición. Técnicas y Principios. Bases Neuroanatómicas, Neurofisiológicas o Neuroquímicas. (Folleto). La Habana, Cuba, 1993.
-

35. Robles Santiesteban E. Gel de Caléndula officinalis en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con Candidiasis asociada. [Trabajo para optar por el título de Master en Medicina Natural y Tradicional]. Facultad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley".2002.
36. Bruzón Varona C. Eficacia de la crema de Aloe al 25 % en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica]. Clínica Estomatológica Provincial. Santiago de Cuba. 2001.
37. Rodríguez Hung AM. Eficacia de la Cúrcuma Longa al 10 % en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis. [Trabajo para optar por el título de Master en Medicina Bioenergética y Naturalista]. Universidad Médica. Santiago de Cuba. 2003.
-

**Universidad de Ciencias Médicas de La Habana**  
**Facultad de Estomatología**  
**“Raúl González Sánchez”**

**APOYO SOCIAL AL PACIENTE GERIÁTRICO EN CUBA.**

**Autores:** <sup>1</sup>**Dra. Elena Rodríguez Lorenzo**, <sup>2</sup>Dra. Isis Bárbara Herrera López, <sup>3</sup>Lic. Miriam Abreu López, <sup>4</sup>Dra. Rosa María González Ramos.

<sup>1</sup>Profesora Auxiliar. Especialista de segundo grado en Administración de Salud.

<sup>2</sup>Profesora Auxiliar. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Bellavista Núm. 663 apto. 3 entre Colón y Lombillo. Nuevo Vedado. Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana. Teléfono: 883-7022.  
[isisherrera@infomed.sld.cu](mailto:isisherrera@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup>Profesora Auxiliar. Máster en Urgencias Estomatológicas.  
arimaicka@infomed.sld.cu

<sup>4</sup>Profesora Auxiliar. Especialista de segundo grado en Administración de Salud. Especialista de primer grado en EGI. Master en Salud Bucal Comunitaria.

## **Resumen**

Entre 1970 y el 2003 se observa un incremento del envejecimiento poblacional en Cuba. Para este último año, el 14,5 % de la población rebasaba los 60 años de edad. Es por ello que para el 2015, Cuba, con casi un cuarto de su población de la tercera edad, será el país más envejecido de América Latina y veinticinco años después, uno de los más envejecidos del mundo. Desde 1996 se decide por el Ministerio de Salud Pública que el nuevo Programa de Atención al Adulto Mayor fuera uno de los cuatro priorizados del Sistema Nacional de Salud, con el fin de elevar la calidad de vida de este sector poblacional. Se realizó la presente revisión bibliográfica con el objetivo de analizar el comportamiento de la tercera edad en nuestro país, caracterizar los principales grupos e instituciones de apoyo social al adulto mayor en Cuba y valorar el papel que desempeña la familia en la atención a dichas personas.

Se estudiaron 23 bibliografías y se procesó la información en Microsoft Word. Se concluyó que el comportamiento del envejecimiento en Cuba constituye un logro de las políticas de salud, implementadas desde 1959. La familia constituye el apoyo social informal más importante para el adulto mayor, pues es en ella donde el senescente debe recibir continuamente todo el amor, cariño y comprensión. Las diversas instituciones que conforman el apoyo social formal del anciano, dentro de sus múltiples funciones está la de brindar un mejor servicio a la población que tiene bajo su responsabilidad.

Palabras claves: Adulto mayor, atención al geriátrico, calidad de vida del adulto mayor.

## **Introducción**

La sociedad envejece rápidamente; el incremento del número de personas mayores de 60 años es el factor poblacional que caracteriza los cambios demográficos actuales, junto al descenso de la natalidad. Cuba no escapa de esta situación, donde la

expectativa de vida que rebasa los 77 años y el 15% del total de la población está ocupada por el adulto mayor, y se estima que para el 2025 más del 20% de la población del país esté representada por este grupo. <sup>(1, 2)</sup>

El envejecimiento hay que verlo como parte del desarrollo, las causas fundamentales de este incremento están dadas, entre otros, por las migraciones, descenso de la natalidad y el mejoramiento de la atención médica; por tanto el envejecimiento debe analizarse a través de su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida. <sup>(1-3)</sup>

Para este tipo de paciente es muy importante saber que no está solo, que forma parte de una familia y que existen toda una serie de instituciones que cuidan de su salud y bienestar, por lo que podemos decir que en el senescente el apoyo social es fundamental. <sup>(1-3)</sup>

La atención al adulto mayor se ha ido consolidando a partir del aumento del número de geriatras así como las unidades prestadoras de servicios de salud a este sector de la población. Las principales causas de muerte corresponden a las enfermedades crónicas no transmisibles siendo las 5 primeras: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, influenza y neumonía y enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares. En estas edades los mayores riesgos de enfermar correspondieron a las infecciones respiratorias agudas y a las enfermedades diarreicas agudas. La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de más alta prevalencia con mayores afectaciones para el sexo femenino. El envejecimiento de la población cubana es una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida <sup>(1-3)</sup>.

### **Objetivos**

1. Analizar el comportamiento de la tercera edad en Cuba.
2. Caracterizar los principales grupos e instituciones de apoyo social al adulto mayor en nuestro país.
3. Valorar el papel que desempeña la familia en la atención al adulto mayor.

## **Material y método**

### **Características de la revisión**

Los descriptores utilizados para llevar a cabo esta revisión fueron: Adulto mayor, atención al geriátrico, calidad de vida del adulto mayor. Se revisaron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 23. Las bases de datos empleadas fueron: LIS, MEDLINE, COCHRANE, LILACS, SeCimed. Durante la búsqueda se incluyeron las publicaciones con las temáticas siguientes: características del grupo del adulto mayor, atención médica y estomatológica al senescente, la familia como fuente fundamental de armonía en el anciano.

## **Desarrollo**

### **Programa de atención al adulto mayor**

En 1974 surge el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor que encaminó sus esfuerzos al desarrollo de la Geriátrica. Posteriormente con el surgimiento del plan del médico y la enfermera de la familia se integra a éste la atención al adulto mayor, desarrollándose las alternativas de atención con una mayor participación de la comunidad y el equipo de salud. <sup>(1-3)</sup>

En 1995 se revisa el programa estructurándolo en tres sub-programas:

1. Atención en la comunidad.
2. Atención en las instituciones.
3. Atención hospitalaria.

Su objetivo es brindar una atención integral a la población de la tercera edad, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud cada vez más crecientes dado el volumen de efectivos poblacionales de esta edad. <sup>(1-3)</sup>

## **Características demográficas**

En 1970 la población de 60 años y más (adulto mayor o población de la tercera edad) constituía el 9,0 % del total. En el año 2003, esta población asciende a 1 630 185 lo que representa el 14,5 % del total. La población femenina predomina discretamente debido a su mayor expectativa de vida: 51,8 % las mujeres y 48,2 % los hombres. <sup>(1-5)</sup>

El 54,6 % de la población adulta mayor reside en zonas urbanas, el 29 % en zonas intermedias o también llamadas urbano-rurales y el 16,4 % en zonas rurales. Las provincias más envejecidas del país en el 2003 fueron, Villa Clara y Ciudad de La Habana, con un 17,4 % y 17,1 % respectivamente de población de 60 años y más con respecto al total. <sup>(1-5)</sup>

## **Asistencia social al adulto mayor**

El organismo rector y oficialmente designado para la asistencia social en Cuba es el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, el cual de forma preferencial protege a este sector de la población. No obstante, la atención al adulto mayor en la dimensión social, requiere del abordaje intersectorial. Existen programas sociales dirigidos especialmente al anciano solo o sin apoyo familiar, con carácter intersectorial, donde el Ministerio del Trabajo y el de Salud Pública tienen un rol protagónico. El objetivo fundamental de estos programas es cubrir las necesidades económicas y psicosociales de este sector de la población, para elevar su calidad de vida y mantenerlo o insertarlo en su entorno familiar. <sup>(5-7)</sup>

## **Mortalidad**

### **Mortalidad proporcional**

El porcentaje de defunciones del adulto mayor se ha incrementado en los últimos años. En 1980 del total de fallecidos, el 67,7 % correspondió a la población de 60 años y más, incrementándose a 77,7 % en el 2003. <sup>(1-4)</sup>

### Mortalidad según causas y sexo

Las principales causas de muerte en este grupo poblacional se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras causas son: enfermedades del corazón, tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares, que agrupan el 62,5 % del total de las defunciones a estas edades. Se observa sobre mortalidad masculina para las causas seleccionadas, excepto para las enfermedades cerebro vasculares donde los niveles de mortalidad son ligeramente superiores en las mujeres, al igual que acontece para otros grupos de edad. <sup>(1-4)</sup>

### ¿En qué consiste el apoyo social?

El apoyo social es la ayuda emocional e instrumental, que para el individuo, se deriva de un entramado o red social. Las redes sociales indican las características estructurales-dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad etc- de las relaciones mantenidas por una persona. Generalmente, los sistemas de apoyo social se clasifican en dos grandes categorías: las formales y las informales. El apoyo emocional incluye el apego, el conseguir seguridad y ser capaz de confiar en otros, todo lo cual contribuye al sentimiento del ser querido y valorado, que el sujeto importa para la otra persona, que es un miembro de un grupo y no un extraño. Este también puede estimular a una persona a mantener, redoblar o abandonar esfuerzos de enfrentamiento que aumenten la posibilidad de manejar o dominar las tensiones. <sup>(1-4)</sup>

Las instituciones (médico de familia, hogares de ancianos, casas de abuelos, etc) son las formales; mientras que la familia, los amigos y los vecinos son los componentes principales de los sistemas o redes informales de apoyo; el motivo de su dedicación y ayuda surge de sentimientos afectivos y de obligaciones. <sup>(1-6)</sup>

### Apoyo social informal: La Familia

La ayuda prestada por la familia a los pacientes geriátricos es de gran importancia, especialmente para aquellos que tienen alguna limitación física, lo que los hace más dependiente. <sup>(2, 5)</sup>

El anciano percibe que ha perdido capacidades, funciones sociales y laborales, que ha perdido familiares y amigos, por lo que el apoyo social que recibe de los familiares, amigos e instituciones, contribuirá notablemente en su adaptación. La familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. La unidad familiar desempeña un papel importante al proporcionar asistencia a todos sus miembros. Estudios realizados, respecto a esto, han demostrado una enorme influencia del apoyo social en la disminución de las cifras de morbilidad y mortalidad del anciano. <sup>(6-10)</sup>

Otras investigaciones han demostrado que las personas que residen en instituciones, el exceso de tiempo libre resulta la principal fuente de estrés, mientras que para los que permanecen en sus hogares lo constituye la propia familia, a pesar de ser la proveedora de afecto y apoyo. De destacarse que para ambos grupos de ancianos es fundamental, y constituye una necesidad sentida, disponer de familiares y amigos. <sup>(4, 5, 11, 12)</sup>

La familia para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido; la proveedora fundamental, y a veces única, de protección, y la promotora de la elevación de la autoestima, pues se siente vinculado con otros, al participar en la vida hogareña con el resto de los integrantes del núcleo familiar. <sup>(2, 6, 11, 13-16)</sup>

La OMS insiste sobre la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, como medida óptima para la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Resulta importante la protección que reciba el anciano de su grupo familiar, porque ésta constituye el pilar fundamental de la vida del adulto mayor. <sup>(13, 14, 17, 18)</sup>

Entre el senescente y su familia se establece casi siempre una interrelación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana; esto constituye la mayoría de las veces, la forma de actividad social y la vía que el permite seguir sintiéndose útil. La familia por lo general se ocupa de ellos, y de esta forma se acentúa la imagen positiva y de cooperación que tiene la función familiar para la mayoría de este grupo poblacional. <sup>(2, 6, 11-16)</sup>

## **Redes de apoyo social formales**

El Consultorio Médico de familia, constituye el primer nivel de atención médica geriátrica; por su estructura es capaz de abordar los aspectos médicos de las personas de la tercera edad, su vigilancia continua ambulatoria e incluso el ingreso domiciliario. Permite además mantener al anciano el mayor tiempo posible en su comunidad y garantizar su bienestar y seguridad. Por este motivo, cuando se hace la evaluación en consulta o ínter consulta, se debe hacer uso de la cooperación del médico de familia, y de sus opiniones y experiencias sobre cualquier aspecto de cada caso particular. (2, 4, 7-9, 16, 18)

Al médico de familia se inserta el estomatólogo, que tiene la alta responsabilidad de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad de dicho consultorio, donde la población de la tercera edad constituye un gran porcentaje; brindándole una especial atención a aquellos que presentan limitaciones físicas y que no tiene como trasladarse a la clínica estomatológica.

El cuidado estomatológico a la tercera edad, en estos momentos, ha tomado gran interés y se le está dedicando mayor tiempo. Para la atención a estos pacientes, el estomatólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración mística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios místicos, dependientes de la vejez, afectan la salud bucal. Muchos de estos cambios, que en un tiempo se consideraban naturales, y asociados al avance de la edad (como desdentamiento o mortalidad dentaria), son en realidad procesos patológicos específicos que pueden ser prevenidos con una buena educación para la salud de estos pacientes. (12, 14, 16)

Otros de los sistemas de apoyo social formal son los círculos de abuelos, estos representan una experiencia genuinamente cubana sobre la aplicación de los criterios de promoción de salud, principalmente en su capacidad para estimular la recuperación de capacidades físicas, la socialización y la autonomía; debemos decir que dentro de

las situaciones que se establecen como especialmente críticas en la tercera edad están los cambios degenerativos de la auto imagen, de la autoestima, las pérdidas de las capacidades, el desempeño de roles y la sensación de soledad. Las acciones preventivas que se desarrollan en estos centros, van encaminadas a la lucha contra la obesidad, los hábitos nocivos y a la prevención de enfermedades crónicas, estas acciones deben ser adecuadas a los intereses y capacidades sensorio-perceptivas de este grupo etáreo. (3, 4, 8, 16, 17)

Las instituciones sociales, requieren de un análisis particular, porque de acuerdo a los criterios de la OMS y del Sistema Nacional de Salud cubano, los ancianos deben permanecer el mayor tiempo posible en la comunidad; basado en esto es que se ha afirmado que las casas de abuelos representan la institución ideal para apoyarlo a él y su familia. (7-9)

Esta institución difiere del hogar de ancianos, ya que esta última es una institución terminal, a la cual se debe recurrir solo cuando las opciones han fracasado, o el sujeto lo desea y lo expresa; aquí se proporcionan cuidados específicos y se solventan sus necesidades de supervivencia y atención médico-social. En su desarrollo se deben tener en cuenta los aspectos arquitectónicos, de ubicación geográfica, la calidad científico técnica del personal profesional y técnico que laboran en estos centros. (7-9, 18-20)

Está también la ayuda domiciliar que se les brinda a los ancianos, sobre todo, a aquellos con limitaciones físicas, que consiste en proporcionarle un grupo de opciones que van desde el apoyo en las labores domésticas como el lavado de la ropa y la preparación de comida, entre otras, hasta cuidar a estos pacientes mientras sus familiares están trabajando. Estas ayudas las ejecutan las dependencias del Sistema Nacional de Salud cubano, a través del Departamento de Asistencia Social y el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. (7, 9, 16, 19-22)

De manera general, se plantea que la adaptación a la vejez, vista esta como un resultado de la interacción entre el ambiente y la constitución individual, dependerá de diferentes factores, en los que desempeñan un papel fundamental lo psicológico y lo

social. La adaptación a la vejez es un proceso para el cual el hombre y la sociedad deben estar preparados. El fracaso de dicho proceso conlleva a innumerables desajustes en el adulto mayor como la depresión, la angustia, la introversión, a la agresividad y a desorden y conflictos en la sociedad; mientras que el éxito lleva al desarrollo, bienestar, creatividad y a una relación armónica con la familia y la sociedad. (2, 9, 13, 17, 20-23)

En nuestro país con el desarrollo del sistema de Atención Primaria, donde el equipo de salud interactúa en la comunidad con sus pacientes, se han creado unos nuevos miembros en las redes de apoyo sociales, dentro de los que se encuentran el psicólogo, el trabajador social que, conjuntamente con otros profesionales, se han convertido en importantes fuentes de apoyo material y emocional, porque brindan atención, afecto y comprensión. (16, 18, 20-23)

Por supuesto que en el caso de nosotros los estomatólogos, estamos insertados en dichas redes de apoyo social al adulto mayor, y muestra de ello son las diferentes actividades y programas que se realizan con estos pacientes, ya que dentro de la calidad de vida de este grupo poblacional está la salud bucal y el propósito de que lleguen un mayor número de senescentes con la mayor cantidad de dientes naturales funcionales, haciéndoles de esta manera la vida más hermosa y placentera, y evitar las molestias que pudieran ocasionarles las prótesis dentales.

## **Conclusiones**

1. El comportamiento del envejecimiento en Cuba constituye un logro de las políticas de salud, implementadas desde el inicio de la Revolución.
2. La familia constituye el apoyo social informal más importante para el adulto mayor, pues es en ella donde el senescente debe recibir continuamente todo el amor, cariño y comprensión.

3. Las diversas instituciones que conforman el apoyo social formal del anciano, dentro de sus múltiples funciones está la de brindar un mejor servicio a la población que tiene bajo su responsabilidad.

### **Referencias bibliográficas**

1. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio 2005. La Habana: MINSAP; 2005.
2. Estadísticas de salud en Cuba. Anuario Estadístico 1995-2004. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&base=anuario&lang=e> Consultado 12 de marzo de 2006.
3. Salud, Bienestar y Envejecimiento el América Latina y en Caribe. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana: CITED; 2005.
4. El envejecimiento en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE)-Oficina Nacional de Estadísticas; 2005.
5. OMS. La salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social. Washington: OMS; 2000.
6. Núñez de Villavicencio (2001): Psicología y salud, Ed Ciencias Médicas, La Habana.
7. García Ramírez, M y Mendoza Sierra, I (1993): Integración social y ancianidad: Aportaciones desde el apoyo social. En Martínez García, MF: Psicología comunitaria, Sevilla, Eudema, pp. 173-86.
8. Roca Perera, MA y Pérez Lazo de la Vega, M (1996): Apoyo social: su significación para la salud humana, Universidad de La Habana, Facultad de Psicología.
9. Programa Integral del Adulto Mayor. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005.

10. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *Rev Cubana Enfermer*. 2005; 21 (3):1.
11. Miranda Guerra, Amauri de Jesús, Hernández Vergel, Lázaro Luís and Rodríguez Cabrera, Aida **Calidad de la atención en salud al adulto mayor**. *Rev Cubana Med Gen Integr*, Set 2009, vol.25, no.3, p.0-
12. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia. La Habana: Editorial Félix Varela; 2001.
- 13.0. Gómez Juanola, Manolo et al. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, Abr 2005, vol.21, no.1-2, p.0-0.
14. Domínguez González TB, Espín Andrade AM, Bayorre VH. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):418-22.
15. Soria Bell B, Rodríguez Saif AJ. Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Enferm* 2002; 18(2):116-21.
16. Rocabruno Mederos, JC y Prieto Ramos, O (1992): El anciano y la familia. Gerontología y geriatría clínica, T I, La Habana, Ed Ciencias Médicas, pp.3-6.
17. Rocabruno Mederos, JC y Prieto Ramos, O (1992): Asistencia social gerontológica y geriátrica. Gerontología y geriatría clínica, T I, La Habana, Ed Ciencias Médicas, pp. 36-38.
18. Torres Vidal, Rosa M and Gran Álvarez, Miriam Alicia Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, Jun 2005, vol.31, no.2, p.0-0.
19. Baso Mat (1992): La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. *Rev Esp de Geriatría y gerontología*, 26(1): 47-52, enero-febrero.
20. Organización Panamericana de la Salud (1994): Hacia el bienestar de los ancianos, Publicación Científica, no. 492, pp. 64-66.
21. Butter, MR (1992): Salud en la vejez; mito y realidad, Folleto Actualidad en Gerontología, 1(8): 11-14.

- 22.Louro Bernal, I (1993): Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la atención médica primaria. La Habana, Facultad de Salud Pública.
- 23.Horwitz, N; Florenzano, R y Ringeling, S(1990). Familia y salud familiar; un enfoque para la atención primaria de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 6(1).

**TITULO: CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN EL  
ADULTO MAYOR DEL POLICLÍNICO MONCADA. CIUDAD HABANA, 2007.**

**Autores:**

Dra. Msc. Rosa Maria M González Ramos.

Especialista de II Grado en Administración de salud, y Estomatología General Integral. Profesora auxiliar de la Facultad de Estomatología de Ciudad Habana. Cuba e-mail: [rosam.glez@infomed.sld.cu](mailto:rosam.glez@infomed.sld.cu).

Dra. Msc. Ledia. Salamanca Villalón.

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora asistente de la Facultad de Estomatología de Ciudad Habana. e-mail: [idalmy@infomed.sld.cu](mailto:idalmy@infomed.sld.cu)

Dra. MsC. Isis Bárbara Herrera López

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora auxiliar de la facultad de Estomatología de Ciudad Habana. e-mail: [isisherrera@infomed.sld.cu](mailto:isisherrera@infomed.sld.cu)

Dra MsC. Maritza Osorio Núñez

Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesora asistente de la facultad de Estomatología de Ciudad Habana. e-mail: [mafioso@infomed.sld.cu](mailto:mafioso@infomed.sld.cu)

**Resumen.**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para conocer la calidad de vida y la salud bucal de los ancianos de los consultorios del Policlínico Moncada del municipio Plaza de la Revolución en Ciudad de la Habana.

Se estudiaron 352 pacientes mayores de 60 años, a los que se le aplicaron cuestionarios y se le realizó examen bucal para su evaluación con el objetivo de conocer el comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida y su relación con la salud. Como medida resumen para las variables cuantitativas se utilizó el porcentaje y para determinar la asociación entre la calidad de vida y la salud bucal la prueba de independencia del estadígrafo  $X^2$  de Pearson.

Como resultado principal predomina la alta calidad de vida con un 54.5 %, seguida de la calidad de vida media en un 39.8%, el sexo femenino predomina en 60,8 %, el nivel de escolaridad influye en la percepción que muestran los ancianos sobre la calidad de vida, la dimensión socioeconómica fue la que influye en la calidad de vida de los ancianos en un 65.9 %, la mayoría se sienten satisfechos ante la vida y teniendo elevada percepción por la salud,

Palabras claves: Calidad de vida, dimensiones de calidad de vida, adulto mayor

## **Introducción:**

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, y ha sido de interés siempre para la filosofía, el arte y la medicina, siendo un reto para las sociedades modernas, considerándose como un gran logro de la humanidad que se transforma en un problema sino somos capaces de brindar soluciones adecuadas (1).

Cuba no esta exenta de este fenómeno, los niveles de envejecimiento son comparables con los más altos del mundo, la expectativa de vida geriátrica o expectativa de vida a los 60 años en Cuba ha aumentado sensiblemente; en 1950 era de 15.5 años y en menos de 40 años se elevó a 20.5 años, siendo diferentes según el sexo, los hombres exceden 19.0 años, mientras que las mujeres es de 21.1 años (2).

Mantener una calidad de vida adecuada en la persona que llega a la vejez es uno de los problemas más graves y urgentes a que se enfrentan los sistemas de salud y seguridad social en el mundo (3). Esta es la resultante de la interacción permanente de un complejo de elementos de naturaleza muy diversa, relacionadas con el desarrollo económico social, el nivel de vida, las necesidades fundamentales del hombre, modo de vida, el nivel de salud y enfermedad y de las percepciones que la población tenga de sus condiciones globales de vida y lo traduzca subjetivamente en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción-insatisfacción, felicidad-infelicidad, etc (4).

La frase "Calidad de Vida" no se utilizó antes de 1975, sin embargo existieron algunos artículos sobresalientes antes de esa fecha. Bernerg fue el primero en relacionar el concepto de calidad de vida con la medición de status de salud, identificando "Cinco dimensiones del status de salud"; entre las que señala el estado funcional, mental, la dotación genética, la longevidad, el potencial funcional y la incapacidad (5).

Para San Martín la calidad de vida es la relación global entre los estímulos negativos (adversos, desagradables) y los positivos (favorables, agradables) en el curso de la vida social, en sus interrelaciones con otras personas de la

colectividad y con el ambiente en que se vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales (4).

El concepto calidad de vida que es utilizada en relación con la salud, la justicia y la ética, es una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Y esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, en su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual previamente educada, porque cuando no lo está el individuo puede hacer, desear o disfrutar actividades que pueden arruinar su salud o la de los demás como ocurre en el caso de las adicciones y conductas relacionadas con la salud reproductiva (6).

La calidad de vida es un indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado y su medición gira alrededor de un eje objetivo subjetivo donde se combinan las condiciones materiales y espirituales de existencia con la satisfacción personal (7).

Para Duran la Calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Este, engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (8).

El estudio de la calidad de vida se realiza a través de tres dimensiones, la dimensión Socioeconómica, la satisfacción por la Vida y la dimensión Salud (9).

Basado en lo anterior nos resulta de interés determinar el comportamiento de la calidad de vida en los mayores de 60 años, con vistas a ampliar los conocimientos sobre la calidad de la vida en un contexto de integración de las condiciones biológicas a los factores medioambientales, económico sociales, psicológicos y éticos. Lo cual implica asumir una concepción en el paradigma de la salud para enfrentar los problemas de la sociedad actual y sobre todo los que afectan su salud para poder afrontar estrategias de trabajo para llegar a tener una mayor longevidad con mayor calidad de vida.

**Objetivos:**

1. Describir el comportamiento de la calidad de vida en la población geriátrica y su relación con la edad, sexo y nivel educacional.
2. Determinar la dimensión de la calidad de vida que influye en la población geriátrica estudiada.

**Diseño metodológico:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para conocer el comportamiento de la calidad de vida en la población geriátrica estudiada y su relación con la edad, sexo y nivel educacional y determinar la dimensión de la calidad de vida que influye en los adultos mayores de los consultorios pertenecientes al Área de Salud del Policlínica Moncada en el Municipio Plaza, Ciudad de la Habana, que reciben atención en la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez.

El universo esta constituido por 4362 ancianos pertenecientes al Policlínica Moncada, de este conjunto se decidió seleccionar una muestra de 352 pacientes. La información para la realización de este estudio se obtuvo, previo consentimiento informado, mediante la encuesta de calidad de vida, instrumento utilizado para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero (9).

**Resultados.**

**Tabla 1** Distribución de ancianos del Policlínico Moncada según Calidad de Vida.

| Calidad de Vida. | No  | %    |
|------------------|-----|------|
| Baja.            | 20  | 5.7  |
| Media.           | 140 | 39.8 |
| Alta.            | 192 | 54.5 |
| Total.           | 352 | 100  |

P: 0,000

En el estudio sobre la de calidad de vida de los ancianos del Policlínico Moncada, se obtuvo como resultado que de 352 encuestados predomina la alta calidad de vida con un 54.5 %, seguida de la calidad de vida media en un 39.8%, siendo solamente el 5,7 % los ancianos con baja calidad de vida, existiendo diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 2** Distribución de la Calidad de Vida y Grupos de Edad de los ancianos del Policlínico Moncada.

| Calidad de Vida. | Grupos de edad. |      |         |      |           |      |       |      |
|------------------|-----------------|------|---------|------|-----------|------|-------|------|
|                  | 60 – 69         |      | 70 – 79 |      | 80 y más. |      | total |      |
|                  | No              | %    | No      | %    | No        | %    | No    | %    |
| Baja.            |                 |      | 2       | 10.0 | 18        | 90.0 | 20    | 5.7  |
| Media            | 41              | 29.3 | 70      | 50,0 | 29        | 20.7 | 140   | 39.8 |
| Alta.            | 90              | 46.9 | 48      | 25.0 | 54        | 28.1 | 192   | 54.5 |
| Total.           | 131             | 37.2 | 120     | 34.1 | 101       | 28.7 | 352   | 100  |

P: 0.000

En relación con la distribución por grupos de edades de los ancianos y la calidad de vida (tabla 2) se aprecia en los niveles de alta calidad el predominio de la población de 60 a 69 años, con 46.9 %, en la calidad de vida media predominaron los ancianos de 70 a 79 años con un 50.0%, y los ancianos de más de 80 años mostraron una baja calidad de vida, estas diferencias fueron estadísticamente significativas, mostrando una relación entre la edad y la calidad de vida, mientras aumenta la edad existe una pérdida de la calidad de vida en el grupo de ancianos estudiados.

**Tabla 3** Distribución de Calidad de Vida según Sexo de los ancianos estudiados del Policlínico Moncada

| Calidad de Vida. | Sexo.      |      |           |      |       |      |
|------------------|------------|------|-----------|------|-------|------|
|                  | Masculino. |      | Femenino. |      | Total |      |
|                  | No         | %    | No        | %    | No    | %    |
| Baja.            | 16         | 4.5  | 4         | 1.1  | 20    | 5.7  |
| Media.           | 56         | 19.9 | 84        | 23.9 | 140   | 39.8 |
| Alta.            | 66         | 18.8 | 126       | 35.8 | 192   | 54.5 |
| Total.           | 138        | 39.2 | 214       | 60.8 | 352   | 100  |

P: 0.000

La tabla 3 muestra la distribución de los ancianos según los niveles de calidad de vida y el sexo, siendo el sexo femenino el que manifiesta los niveles de calidad de vida alta con un 35.8 %, mientras que los hombres predomina la calidad de vida media con un 19,9 %.

**Tabla 4** Distribución de la Calidad de Vida de los ancianos del Policlínico Moncada y Nivel de Escolaridad.

| Nivel De Escolaridad. | Calidad de Vida. |      |       |      |      |      |       |      |
|-----------------------|------------------|------|-------|------|------|------|-------|------|
|                       | Baja             |      | Media |      | Alta |      | Total |      |
|                       | No               | %    | No    | %    | No   | %    | No    | %    |
| Analfabeto.           | 1                | 5.0  | 1     | 0.7  | 13   | 6.8  | 15    | 4.3  |
| Primaria              | 15               | 75.0 | 37    | 26.4 | 29   | 15.1 | 81    | 23.0 |
| Secundaria            | 3                | 15.0 | 39    | 27.9 | 70   | 36.5 | 112   | 31.8 |
| Pre-univ              | 1                | 5.0  | 43    | 30.7 | 40   | 20.8 | 84    | 23.9 |
| Universidad           | 0                | 0    | 20    | 14.3 | 40   | 20.8 | 60    | 17.0 |
| Total.                | 20               | 5.7  | 140   | 39.8 | 192  | 54.5 | 352   | 100  |

P: 0,000

Existe una diferencia significativa entre el nivel de escolaridad y los niveles de calidad de vida en la población estudiada (tabla 4), los ancianos con baja calidad de vida tienen un nivel de escolaridad de primaria terminada para un 75.0%, en los de calidad de vida media predomina el nivel preuniversitario con un 30.7 % y en el nivel de alta calidad de vida el nivel de escolaridad que predomina es secundaria terminada con un 36.6%.

**Tabla 5:** Distribución de Ancianos del Policlínico Moncada según Calidad de Vida y Dimensión Socioeconómica.

| Calidad de Vida. | Dimensión Socioeconómica. |      |       |      |      |      |       |      |
|------------------|---------------------------|------|-------|------|------|------|-------|------|
|                  | Baja                      |      | Media |      | Alta |      | Total |      |
|                  | No                        | %    | No    | %    | No   | %    | No    | %    |
| Baja             | 20                        | 100  | 0     | 0    | 0    | 0    | 20    | 5.7  |
| Media            | 123                       | 87.9 | 15    | 10.7 | 2    | 1.4  | 140   | 39.8 |
| Alta             | 89                        | 46.4 | 33    | 17.2 | 70   | 36.5 | 192   | 54.5 |
| Total            | 232                       | 65.9 | 48    | 13.6 | 72   | 20.5 | 352   | 100  |

P: 0.00

Al analizar las dimensiones de la calidad de vida de los ancianos estudiados, la dimensión socioeconómica tabla 5, muestra como resultado que el 65.9 % mostraba una insatisfacción socioeconómica, predominando esto en los tres

niveles de calidad de vida. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas evidenciando la relación que existe entre la dimensión socioeconómica y la calidad de vida.

**Tabla 6:** Distribución de Ancianos según Calidad de Vida y Dimensión Satisfacción por la Vida.

| Calidad de Vida. | Dimensión Satisfacción por la Vida. |   |       |      |      |      |       |      |
|------------------|-------------------------------------|---|-------|------|------|------|-------|------|
|                  | Baja                                |   | Media |      | Alta |      | total |      |
|                  | No                                  | % | No    | %    | No   | %    | No    | %    |
| Baja             |                                     |   | 20    | 100  |      |      | 20    | 5.7  |
| Media            |                                     |   | 87    | 62.1 | 53   | 37.9 | 140   | 39.8 |
| Alta             |                                     |   | 35    | 18.2 | 157  | 81.8 | 192   | 54.5 |
| Total            |                                     |   | 142   | 40.3 | 210  | 59.7 | 352   | 100  |

P: 0.004

El análisis de la dimensión satisfacción por la vida, tabal 6mostró como resultado que no existen ancianos con baja satisfacción por la vida, los ancianos con calidad de vida media se encuentran medianamente satisfechos en un 62.1%, y los de alta calidad de vida, en un 81.8 % se encuentran con una alta satisfacción ante la vida, Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 7** Distribución de Ancianos según Calidad de Vida y Dimensión Salud.

| Calidad de Vida. | Dimensión Salud |   |       |   |      |      |       |      |
|------------------|-----------------|---|-------|---|------|------|-------|------|
|                  | Baja            |   | Media |   | Alta |      | total |      |
|                  | No              | % | No    | % | No   | %    | No    | %    |
| Baja             | —               | — | —     | — | 20   | 5.7  | 20    | 5.7  |
| Media            | —               | — | —     | — | 140  | 39.8 | 140   | 39.8 |
| Alta             | —               | — | —     | — | 192  | 54.5 | 192   | 54.5 |
| Total            | —               | — | —     | — | 352  | 100  | 352   | 100  |

P: 0.06

Los resultados mostrados en la tabla 7, muestran que la población estudiada tiene una alta percepción de la salud en general, no existiendo diferenciación estadística entre la calidad de vida y la dimensión de salud.

## **Discusión de los resultados**

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. El aspecto objetivo significa las posibilidades de utilización del potencial intelectual, emocional y creador del hombre dependiendo esto de cada individuo, de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permitan un pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades en cualquier área de la vida y a cualquier edad.

Alcanzar una longevidad saludable y con mejor calidad de vida en la población geriátrica en Cuba es una de las tareas priorizadas del estado y de la Salud Pública. Se encontró al analizar los niveles de calidad de vida un predominio de la calidad de vida alta.

Este resultado puede explicarse porque se trata de una comunidad con buen nivel de desarrollo sociocultural (Vedado) y que las condiciones de vida y materiales que gozan estos ancianos son superiores a los de otros lugares de residencia. Esta es una de las zonas más privilegiadas de la ciudad, además, la comunidad dispone de un número de recursos que enriquecen al anciano espiritualmente y lo ayudan a tener una mejor percepción de su calidad de vida, unido a esto existen varias opciones de atención informal con participación de la comunidad, tales como círculos de abuelos, casas de abuelos, grupos de orientación y recreación, atención domiciliaria para ancianos solos, atención gerontológico por equipos multidisciplinarios, que en general les brinda un apoyo espiritual y los hace sentir socialmente útil.

Estos resultados no coinciden con estudios realizados, la Dra. Salamanca (10) en Puentes Grande, obtuvo un predominio de la calidad de vida baja. Otros estudios como los de Arvelo (11) en el municipio Mariano y Álvarez (12) en Guantánamo, encontraron una prevalencia importante de baja calidad de vida. Sin embargo otras investigaciones realizados obtuvieron resultados similares al nuestro, predominando la categoría de alta calidad de vida en más del 50 % de los sujetos (13, 14).

La vejez produce alteraciones biológicas, psicológicas y social, y una mayor vulnerabilidad a enfermar por tanto en los ancianos disminuyen los mecanismos de enfrentamiento ante el estrés, ante nuevos roles, situaciones de la vida cotidiana y las pérdidas funcionales, los cuales tiene una fuerte correlación con la edad de la persona y la percepción de la calidad de vida.

Existe una relación entre los niveles de calidad de vida y la edad, ha medida que aumenta la edad existe una percepción mas baja de la calidad de vida. Resultado este que coincide con los alcanzados por Dra. Salamanca (10), además coinciden con los estudios realizados por Álvarez (12).

La estrecha relación observada de manera significativa entre el genero de los entrevistados y la calidad de vida en nuestro estudio es el sexo femenino el que más elevado tiene la percepción de la calidad de vida, no coinciden con los descrito por la mayoría de los autores Salamanca (10), Álvarez (12), donde aparece un comportamiento homogéneo en cuanto al sexo.

La obtención de un relación significativa entre le nivel de escolaridad y los niveles de la calidad de vida es algo que se esperaba pues mientras más nivel de escolaridad tenga la persona tendrá mayor apreciación de los valores de la vida, serán más exigentes y exquisitos, ambiciosos en la selección de lo que desean alcanzar, de sus necesidades materiales y espirituales, puede tener mayor tendencia a permanecer activo y adoptar estilos de vida saludables.

En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población (15). Cuando la escolaridad de una comunidad es baja generalmente contribuye a la falta de comprensión de medios de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social constituyendo un factor de riesgo (12).

Es estadísticamente significativa la relación de la dimensión socioeconómica y la calidad de vida, lo que demuestra que la situación socioeconómica influye

directamente en tener mejor calidad de vida, resultados estos que coinciden con otros estudios realizados por Salamanca, Arvelo y Álvarez (10, 11,12).

En el caso de los ancianos, al decrecer los recursos de que disponen como consecuencia de la jubilación, también se producen cambios en sus vidas que pueden ser responsables de desequilibrios o pobre bienestar y además, esto tiene múltiples repercusiones, cuya magnitud es difícil de prever que en ocasiones se comportan como un factor oculto e incluso no bien reconocido por el propio anciano y que de cierta forma afectan su salud y bienestar (16).

El anciano que se encuentra laboralmente activo, conserva su status familiar al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia, mientras que la inactividad o pasividad contribuye a que aumenten las valoraciones negativas del anciano sobre su entorno, por lo que pueden desarrollarse sentimientos de frustración y dificultades en las relaciones interpersonales (17).

El bienestar subjetivo o la satisfacción por la vida es una de las dimensiones más analizadas por varios autores al estudiar la calidad de vida, se ha planteado que ésta es la dimensión más sensible a variaciones cuando se realizan mediciones subjetivas y que está directamente relacionada con las experiencias propias del sujeto, los ancianos entrevistados no se encuentran insatisfecho ante la vida y a medida que los niveles de la calidad de vida de ellos son superiores la satisfacción por la vida se eleva. Estos resultados no coinciden con los obtenidos en el estudio de Salamanca (10) donde predomina la baja satisfacción por la vida en todas las categorías de la calidad de vida.

Arvelo encontró afectado la perspectiva de futuro en los ancianos (11), esto pudiera estar generado porque los estereotipos existentes con respecto a la vejez, hacen que se perciba por muchos ancianos a la vejez como la antesala de la muerte y no como una etapa más de la vida.

Los adultos mayores traen con ellos una historia de una vida llena de eventos, de personas, de ambientes y de interacciones que les hacen reaccionar de una manera muy individual que los hace diferentes ante una determinada situación y que esto motiva diferentes grados de satisfacción. La satisfacción personal en

la tercera edad se proyecta en función del pasado hay que tener en cuenta además diferencias en cuanto al contexto sociocultural en que se desarrolla su vida.

Se destaca también de manera positiva el apoyo social, lo que se señala como una condición importante para un envejecimiento sano. Y la percepción de utilidad lo que pudiera relacionarse con la importancia que se le concede al estado de salud o funcionabilidad como indicador de la calidad de vida, pero también como satisfactor de la vida (18).

En la sociedad socialista es donde el hombre adquiere su verdadera dimensión; se le valora y respeta por encima de todas las riquezas del mundo y puede desarrollar a plenitud todas sus capacidades. Los ancianos en Cuba reciben especial atención, dirigida no sólo a garantizarles una vejez digna y decorosa como merecen quienes dieron su aporte al desarrollo de la sociedad, sino que, a pesar de sus limitaciones, pueden desarrollar o mantener habilidades que les hagan sentirse útiles, esto les evita ese sentimiento de ser una carga que tanto afecta en esta etapa de la vida contribuyendo al logro de un buen estado anímico durante la última etapa de la vida (19).

Numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse (20).

Es significativa la relación entre la dimensión de salud y la calidad de vida, los ancianos con altos niveles de calidad de vida tienen alta la percepción de la dimensión de salud; estos resultados no coinciden con los estudios realizados por otros autores sobre el tema (10).

Se conoce con bastante evidencia que el sentirse en control de su situación, el auto estima y el sentido de auto eficacia y autonomía son importantes factores para mantener la salud en las personas mayores. El sentirse en control, o sea, la autonomía en tomas de decisión, tiene una correlación alta entre el bienestar de la persona mayor y su funcionamiento con actividades del vivir diario (21).

Para muchos la salud es el indicador fundamental de su calidad de vida, la categoría más representada dentro de esta fue la funcionabilidad física, la cual garantiza principalmente la autonomía y el validísimo de un anciano para ejecutar las actividades de la vida diaria y tareas en general, permitiéndole el desarrollo de sus potencialidades al poder mantenerse activo y móvil (10).

El estado funcional, tiene como indicador fundamental el desempeño del anciano en las actividades de la vida diaria y constituye un descriptor de la salud y un factor objetivo importante en las mediciones de calidad de vida en el adulto mayor.

Algunos autores plantean que el anciano podrá permanecer en su hogar con bienestar si tiene las condiciones físicas, psíquicas y sociales necesarias para desenvolverse con autosuficiencia, de ahí que el estado funcional se considere uno de los indicadores más importantes de la salud y la calidad de vida del adulto mayor (15).

Varios estudios importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar. El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo (16).

La primera cuestión que se debe tener en cuenta ante un anciano, es que se trata de un ser humano al que se debe un cuidado especial para mantenerlo activo, útil, incorporándolo a las actividades físicas y así evitarle los riesgos inherentes a su edad, para asegurarle una vida feliz.

Estudios realizados en dos Estados de México por Duran, sobre la calidad de vida y los factores de que dependen, se destacan el soporte social, como

elemento que favorece la calidad de vida independiente. Se plantea que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia. Los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos (8).

El envejecimiento de la población cubana es una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes, derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Ello exige un mayor perfeccionamiento de los servicios sociales y en especial de los servicios de salud destinados a este sector de la población.

### **Conclusiones:**

- La calidad de vida alta y media fue la que predominó en los adultos mayores estudiados, existiendo una relación de esta con la edad que ha medida que aumenta la edad va disminuyendo los niveles de calidad de vida.
- Predomina el sexo femenino en nuestro estudio y muestra los niveles de calidad de vida alta, mientras que el nivel de escolaridad influye en la percepción que muestran los ancianos sobre la calidad de vida.
- La dimensión socioeconómica influye en la calidad de vida de los ancianos.
- Los adultos mayores estudiados tienen altos y medianos niveles de satisfacción por la vida y ante la dimensión de salud predomina los niveles altos

## Referencias bibliográficas.

1. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana."La Tercera de Edad ". Vol 112(4): 364.1992.
2. Figueredo Ferrer N.; Sotolongo Castillo, I. Caracterización del Adulto Mayor en la Comunidad. Policlínica Doc. Hnos Cruz, P.delRio; Rev. Cubana de enfermeriaV.19 2003.
3. Rodríguez Cabrera A; Álvarez Vázquez L; repercusión del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev. Cubana de salud Publica V.32 (2) 2006
4. San Martín H, Pastor Vicente: "La calidad de Vida. Concepto, representación, medición, importancia en medicina". Epidemiología de la vejez. Ed Mc Grawhill. Interamericana de España, 1990. Capt 8.
5. Bernerg M. Measurement of Heath Status. Medical Care 23(5): 696\_704, 1985.
6. González Pérez U. El concepto calidad de vida y la evaluación de los paradigmas de las ciencias de salud. ISCMH texto digitalizado 25,Nov,2002
7. Santander W. mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor una respuesta ante todos. Universidad de Maimonides. Chile. Rev. Gerontología 2004
8. Duran Arena L. Salinas Escudero G; Gallegos Carrillo,K; Medición de la calidad de vida en los adultos mayores en dos estados de Mexico. Conferencia regional Americana. AISS-CISS Barbados- 3 al 7 nov. 2003.
9. Bayarre Vea H; Fernández A; Prevalencia de discapacidad física en el anciano del municipio Playa. Rev. Cubana de Salud Publica 1995 25(1)
10. Salamanca Villazón L; Calidad de vida y la salud bucal en el Adulto Mayor, C. Hab. Tesis de Especialidad de EGI, 2002.
11. Arvelo Jiménez N. Prevalencia y Factores de Riesgo de la Baja Calidad de Vida.Trabajo para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en Bioestadística Médica. Ciudad de la Habana, 1997.
12. Álvarez Pérez M. Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la Tercera Edad. Trabajo para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en Bioestadística Médica. Ciudad de la Habana, 1998

13. Olivera J. Calidad de Vida en personas ancianas de un GBT del Policlínico Van Troi, municipio Habana Vieja. Trabajo final de maestría. Facultad de Salud Pública. ISCM, 1997
14. Hernández K. Calidad de Vida en cuanto a género en ancianos residentes en la Comunidad del Policlínico 19 de Abril. Jornada Científica Estudiantil. ISCM. Facultad Calixto García, 1997.
15. Locker D. Clarke M. Payne B. Self-Perceived Oral Health Status, Psychological Well-Being and Life Satisfaction in an older adult population. Journal of Dental Reserch. 79(4): 970 – 975. April 2000.
16. Hernández Jiménez O.R. Gómez Juanelo M. Caracterización socioeconómica de los ancianos de 2 consultorios San Diego de los Baños. Pinar del Río Rev. Cubana de Enfermaría 2006; 22 (1)
17. Montane Avendaño A. Hernández S. Caracterización socioeconómica de un grupo de ancianos Pinar del Río. Rev. Ciencias medicas de Pinar del Río. 2001
18. Las condiciones de salud en las América. OPS. OMS Washington D.C: OPS; 1998 Publicación Científica; 569.
19. Cintran Vega M. Grado de satisfacción de los residentes del hogar de ancianos América Labadì Arce. Santiago de cuba. Rev. Cubana de Enfermaría 2001
20. Salud para la vida. Hombres adultos. Sitio de infomed, <http://www.sld.cu.saludvida/adultomayor>
21. Berenger Govarnatosses. La gerontología en el policlínico docente Carlos J. Finlay. Santiago de Cuba, Rev. Cubana de salud publica 2001.

## **CARIES DENTAL Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES DE 12 A 14 AÑOS DE EDAD.**

### **AUTORES:**

**Dra. L.Daudinot Cos\*, N.González Soto, M. Ruano Ortega, R. González Ramos, A.Roche Martínez.**

**\* Especialista de 1er grado de EGI. Master de Urgencias Estomatológicas  
Profesor Instructor de la Facultad de Estomatología  
E-mail: ldaudinot@infomed.sld.cu**

### **Resumen**

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar a la población objeto de estudio según edad y sexo, determinar el comportamiento de los indicadores epidemiológicos en esta población, también lograr identificar los tipos de la Caries Dental según su localización y el diente mas afectado en la población investigada, así como .determinar la característica del dolor de los pacientes que acuden al servicio con dicha patología. Para esto se realizó una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal con el objetivo de Identificar la Epidemiología de la Caries Dental y sus complicaciones en las edades de 12 – 14 años en la Clínica Operatoria de la Facultad de Estomatología en el período comprendido de enero del 2008 a enero del 2009.El universo de estudio quedó constituido por 120 pacientes de los grupos de edades de 12 -14 años atendidos en dicha institución que acuden por presentar dolor, a los que se le aplicaron las encuestas y examen bucal para obtener la información necesaria. Se incluyeron en este estudio los pacientes comprendidos en las edades de 12 a 14 años que tuvieron la voluntariedad de participar en dicho estudio y que estaban aptos mentalmente. Se realizó una entrevista frontal para la recogida de los datos y luego se analizaron los resultados. Por los resultados obtenidos insistimos en la necesidad de dotar a la población de conocimientos en cuanto al cuidado y mantenimiento de su salud bucal, el

visitar sistemáticamente al estomatólogo para prevenir la caries dental y sus complicaciones.

Palabras clave: caries dental, complicaciones de la caries, inconvenientes de la caries

## **INTRODUCCIÓN**

Todos los seres vivos nos exponemos constantemente a múltiples riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a estos. El siguiente estudio se realizó en la clínica de operatoria de la facultad de estomatología.

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, estos dependen de la vida en sociedad, y más precisamente, de tipo estructural de la sociedad en que vivimos.

. La idea de riesgo ha sido crucial para el desarrollo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas. Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad; por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad determinada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período.

Desde los tiempos de Hipócrates, fue establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores de riesgo y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas.

A medida que la humanidad fue avanzando, un gran número de hombres continuaron señalando la importancia de la prevención en Estomatología, pero no obstante, la Estomatología no se encontraba representada en la Higiene y Epidemiología, ya que el

mismo profesional, ignorante de la gran potencia de ella en este campo, había dedicado su profesión a obturar dientes, extraerlos y reemplazarlos. Pero en los últimos años, esta ciencia ha venido experimentando una notable transformación, al evolucionar de una fase mecánica a una científica, al aplicar una serie de medidas preventivas que persiguen por finalidad la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos, y como consecuencia, una mejor salud bucodental y una mejor salud del organismo en general.<sup>(1)</sup>

La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. <sup>(2)</sup> En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento <sup>(3,4)</sup> y aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta. <sup>(4,5)</sup>

Los resultados del estudio de la caries en la dentición temporal indicaron que a los 3 años de edad el 37,4 % de los niños presentaron caries dental, en los varones 53,3% y en las hembras 46,7%. Estos porcentajes aumentan para ambos sexos a la edad de 7 años a un 72,0%, en los varones 49,9% y en las hembras un 50,1%. Paulatinamente estos valores comienzan a declinar producto del fenómeno de la exfoliación de los dientes temporales, así a los 9 años el porcentaje de niños atacados por la caries fue de 67,5% y a los 12 años baja al 12,8%. <sup>(6)</sup>

A principios de la década de 1990 algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informaron que entre 85% y 97% de la población presentaban esta enfermedad <sup>(4,6)</sup>.

Los estudios en Maracaibo (Venezuela) de Rivera y Cordova <sup>(7)</sup> (Argentina) de Dorronsoro et al. <sup>(8)</sup> señalaron que la prevalencia de caries y fluorosis en niños escolarizados era alta, sobre todo en dientes primarios de los varones de 6 años, cuyos padres tenían pocos recursos económicos.

En Colombia, el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998, reveló que 60.4% de los niños de 5 años tenían historia de caries en la dentición primaria, con una prevalencia

de 54.8%; además, el índice ceo-d fue 3.0 en esta misma edad .<sup>(9)</sup>

Estando a inicios de un nuevo siglo, la Caries Dental es considerada una enfermedad de la civilización moderna, ocurre tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo <sup>(10)</sup>.

La caries se origina en aquellas zonas de la superficie del esmalte donde la flora microbiana de la placa dentobacteriana encuentra un ambiente adecuado para su multiplicación, colonización y para el metabolismo de los carbohidratos. <sup>(11)</sup>

Los factores etiológicos de las Caries Dentales fueron descritos por Keyes en 1960, este autor representó diagramáticamente los tres factores principales requeridos para el desarrollo de las caries como tres círculos que se superponían parcialmente: el agente (Microorganismo), el medio ambiente (Sustrato) y el huésped (Diente) más tarde Newbrum agregó un cuarto círculo el tiempo lo que significa que para que se produzca una caries, los parámetros representados por los tres círculos de Keyes deben no sólo estar en funcionamiento al unísono sino que el tiempo mismo constituye un factor en el desarrollo de las caries <sup>(12,11)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, la Caries Dental se puede definir como “Proceso patológico localizado de origen externo que se inicia tras erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad”. Se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente. Se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la pieza dental <sup>(12)</sup>.

El *Streptococcus Mutans* no es encontrado en la cavidad bucal antes de la erupción dentaria, debido a que el microorganismo requiere la presencia de tejido duro, no descamativo para su colonización <sup>(12)</sup>. La principal fuente de adquisición y transmisión de esta bacteria en los niños, es a partir de la saliva de sus madres; o de una persona muy cercana a ellos, ya sea por besos o por la utilización de los mismos utensilios de alimentación.

Los Factores de Riesgo de la caries dental ocupan un lugar central en la Atención Primaria de Salud por lo que el trabajo debe estar encaminado a la Promoción de

Salud, Prevención de enfermedades y Curación de estas lesiones para así en un momento dado poder contar con una buena salud bucal de toda la población y en especial de los niños.

Ha sido un sueño de los investigadores de la Odontología proveer al estomatólogo de un medio a través de pruebas de laboratorio tanto, el grado de actividad de caries de la boca de un paciente, como los riesgos que tiene de enfermar y así poder determinar desde edades tempranas medidas preventivas y curativas que nos permitan mantener la salud bucal <sup>(13)</sup>.

En Cuba la Caries Dental afecta a más del 90% de la población y la tendencia de esta enfermedad en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito por otros países, observándose que se produce un incremento notable a medida que aumenta la edad de las personas. No cabe duda que el desarrollo de la Estomatología en nuestro país se debe a la búsqueda de soluciones de los problemas de salud bucal incrementando y perfeccionando la atención estomatológica.

El Estado es el máximo responsable de la salud de la población por lo que invierte cuantiosos recursos materiales y en la formación del personal calificado para elevar y mejorar cada día la Salud Pública en general y en especial la salud bucal, por lo que se ha vinculado al Estomatólogo General a los grupos multidisciplinarios permitiendo así identificar las prioridades para la ejecución de un plan de acción dando respuesta a las necesidades con los programas de de Promoción , Prevención ,Curación y Rehabilitación <sup>(14)</sup>.

Con respecto a las creencias sobre Caries Dental en los adolescentes, los datos publicados por Tascón y Cabrera <sup>(14)</sup> muestran lo importante de la higiene oral y la necesidad de su reforzamiento a través de la ejecución de Programas efectivos de prevención, pues esta etapa es trascendental ya que si se continúa sin tener en cuenta el valor del primer molar permanente en tal población, serán los adultos quienes en últimas afrontarán las consecuencias de la pérdida prematura de este molar.

Las consecuencias afectan también aspectos estéticos que a su vez pueden

desencadenar trastornos o alteraciones psicológicas, que producen baja autoestima, aislamiento y dificultad para interrelacionarse socialmente. Aunado a todo lo planteado anteriormente constituye una inversión de alto costo para la restitución y rehabilitación que requiere este problema,

La urgencia estomatológica es muy amplia y variada, en este estudio se abordan específicamente la urgencia referida a caries dental, sin incluir los estados pulpares así como la sensación desagradable provocada por las variaciones de temperatura intrabucal y por la acción de alimentos azucarados o ácidos

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Identificar la Caries dental y sus complicaciones de la caries en los grupos de edades de 12 – 14 años en la Clínica Operatoria la Facultad de Estomatología en el período comprendido de enero del 2008 a enero del 2009.

### **ESPECÍFICOS.**

1. Caracterizar a la población objeto de estudio según edad y sexo.
2. Determinar el comportamiento de los indicadores epidemiológicos en la población objeto de estudio.
3. Identificar los tipos de la Caries Dental según su localización y diente mas afectado en la población investigada.
4. Determinar la característica del dolor de los pacientes que acuden al servicio.

### **METODO**

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, con el objetivo de Identificar la Epidemiología de la Caries Dental y sus complicaciones en las edades de 12 – 14 años en la Clínica Operatoria la Facultad de Estomatología en el período comprendido de enero del 2008 a enero del 2009.

### **Universo**

El universo de estudio quedó constituido por 120 pacientes de los grupos de edades de 12 -14 años atendidos en dicha institución que acuden por presentar dolor, a los que se le aplicaran las encuestas y examen bucal para obtener la información necesaria.

Se tuvo en cuenta los siguientes Criterios de Inclusión y Exclusión siguientes:

**Criterios de Inclusión:** Se incluyeron en este estudio los pacientes

comprendidos en las edades de 12 a 14 años que tuvieron la voluntad de participar en dicho estudio y que estaban aptos mentalmente.

### **Criterios de Exclusión**

Se excluyeron los que no están comprendidos en las edades de 12 a 14 años, Los que se negaron a participar en dicho estudio y los que no estaban aptos mentalmente.

## **RESULTADOS**

**TABLA 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO**

| GRUPO DE EDADES | FEMENINO |      | MASCULINO |      | TOTAL |     |
|-----------------|----------|------|-----------|------|-------|-----|
|                 | No.      | %    | No.       | %    | No.   | %   |
| 12 años         | 24       | 60   | 16        | 40   | 40    | 100 |
| 13 años         | 23       | 57,5 | 17        | 42,5 | 40    | 100 |
| 14 años         | 19       | 47,5 | 21        | 52,5 | 40    | 100 |
| TOTAL           | 66       | 55   | 54        | 45   | 120   | 100 |

En la Tabla 1 observamos la Distribución de la Población en el grupo de edades de 12 -14 años según edad y sexo por grupos de edades, el más representativo en el sexo Femenino fue el de 12 años de edad, siguiéndole en 2do lugar el grupo de 13 años y en 3er lugar el de 14 años con un 60%, 57,5% y 47,5% respectivamente. En el sexo Masculino las edades más representativas fueron en 1er lugar el grupo de 14 años siguiéndole en 2do lugar el de 13 años y en 3er lugar el de 12 años para un 52,5, 42,5% y 40% respectivamente.

**TABLA 2**  
**INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA CARIES DENTAL EN LA DENTICIÓN PERMANENTE.**

| GRUPO DE EDADES | CARIADOS |     | OBTURADOS |    | PERDIDOS |    | INDICE DE CPO –D |
|-----------------|----------|-----|-----------|----|----------|----|------------------|
|                 | No       | %   | No        | %  | No       | %  |                  |
| 12 años         | 73       | 183 | 27        | 68 | 3        | 8  | 2,57             |
| 13 años         | 134      | 335 | 8         | 20 | 6        | 15 | 3,7              |
| 14 años         | 190      | 475 | 17        | 43 | 8        | 20 | 5,37             |
| TOTAL           | 397      | 330 | 52        | 43 | 17       | 14 | 3,88             |

En la tabla 2 observamos los Indicadores Epidemiológicos para la Caries Dental en la dentición permanente en los grupos de edades de 12 – 14 años. Por grupos de edades los de 14 años alcanzan el mayor índice con 5,37 seguidos de los pacientes de 13 años de edad con 3,7 y en 3er lugar los pacientes de 12 años de edad con 2,57.

**TABLA 3**

CLASIFICACIÓN DE LAS CARIES DENTALES SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

| CLASIFICACIÓN               | No. | %    |
|-----------------------------|-----|------|
| Caries Fosas y Fisuras      | 320 | 80.6 |
| Caries de Superficies Lisas | 69  | 17.4 |
| Caries Radicular            | 8   | 2    |

En la Tabla 3 se aprecia la clasificación de la Caries Dental según su localización el 80.6% de los pacientes acudieron con Caries en Fosas y fisuras seguidos en 2do lugar de los pacientes con Caries de superficies lisas 17.4 y en 3er lugar los pacientes que acudieron con Caries radicular con un 2,0%.

**. TABLA 4**

Distribución de dientes mas afectados por caries de fosas y fisuras.

| Dientes afectados | Nro | %     |
|-------------------|-----|-------|
| 1er Molar Sup     | 98  | 30.6% |
| 2do Molar Sup     | 35  | 10.9% |
| 1er Molar Inf     | 127 | 39.7% |
| 2do Molar Inf     | 60  | 18.7% |
| Total de caries   | 320 | 100%  |

La tabla 4 nos muestra que el primer molar inferior fue el que mayormente sufrió afectación con 127 molares cariados para un 39.7% luego le siguió el primer molar superior con 98 molares afectados representando un 30.6%.

**TABLA 5**

Distribución de pacientes según el tipo de lesiones

| Urgencias                              | Nro | %     |
|----------------------------------------|-----|-------|
| Dolor por caries sin lesión            | 68  | 56.7% |
| Dolor por caries con lesión pulpar     | 34  | 28.3% |
| Dolor por caries con lesión periapical | 18  | 15%   |
| Total                                  | 120 | 100%  |

En la Tabla 5 observamos la distribución de pacientes según tipo de lesión viendo que 68 pacientes presentaron dolor por caries sin lesión representando un 56.7% seguido de la caries con lesión pulpar con 34 pacientes para un 28.3%.

## Análisis de los resultados

En Venezuela la Dra. Méndez y colaboradores en un estudio realizado sobre Prevalencia de Caries Dental en el Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta en el 2003 señalan un índice de CPO-D de 3,67 para los pacientes de 12 años de edad.

Estudios realizados por el Dr. Prieto en Chile en Villa del Mar señalan un índice de CPO –D de 3,44 en Quillota y en Villa del Mar de 2,03 en otros lugares del País como Forestal, Gómez y Baeza, se alcanzan índices de 2,81. 3,98 y 2,49 respectivamente en los pacientes de 12 años de edad. Tabla 2.

Estudios realizados en Brasil coinciden con nuestra investigación planteando que esto se debe a que la progresión de la lesión es más rápida al llegar a la dentina ya que es un tejido más orgánico que el esmalte pudiendo los odontoblastos dentinarios llegar a formar dentina esclerótica y reparativa en caso de que la pulpa tenga tiempo de defenderse de no ser así podríamos estar ante un compromiso pulpar. Tabla 3

El resultado en la tabla 4 coincide con estudios realizados en el 2005 en la Clínica 30 de Noviembre de Santiago de Cuba donde también se constató que este molar fue el más afectado. Yo considero que se deba a que este molar es el que primero, de la dentición permanente, en brotar por lo que esta mas expuesto al medio. No debemos olvidar que el factor tiempo juega un papel fundamental en la aparición de la caries dental.

En Cuba la tendencia de la enfermedad en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito para otros países, observándose que se produce un incremento del índice de CPO –D en la medida en que se incrementa la exposición de las personas con la edad. Esto se observa en la encuesta de salud oral que se realizó en 1998.

En el caso de las Caries de superficie lisas se encontraron en las caras proximales por debajo de la relación de contacto las cuales se encontraron con gran profundidad debido a que se formaron en una zona de propensión a caries y aunado a ello una deficiente higiene bucal contribuyeron en un 55% a que los pacientes acudieran a la consulta refiriendo mayor dolor y un 44,9% de los pacientes acudieron con caries alrededor del cuello del diente con sintomatología dolorosa .Debemos tener en cuenta

que generalmente estas caries avanzan en superficie y no así en profundidad.

Esto coincide con estudios realizados en la localidad de Los Teques en Venezuela pero esto está en dependencia al tipo de lesión, vale recordar que los tipos de dolores mayormente encontrados fueron los de sin lesión seguido de los de lesión pulpar y en estas lesiones casi siempre cuando son incipientes los dolores son provocados y localizados.

Estudios realizados en el estado de Miranda, Venezuela arrojan resultados similares a los que aparecen en la tabla 5 y es que al actuar la caries como irritante microbiano esta se convierte en una de las principales causas de agresión al complejo dentino pulpar por la presencia de bacterias y sus toxinas, por eso esta es considerada actualmente como la mayor responsable de la inflamación pulpar.

### **Conclusiones**

- Las féminas de 12 años fueron las más afectadas por dolor.
- En sentido general la edad mas afectada por caries fue la de 14 años.
- Los tipos de caries que mas se presentaron fueron las de fosas y fisuras siguiéndoles en orden las de superficies lisas y el diente más afectado es el primer molar inferior.

### **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS**

1. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas La Habana: 2004.
2. Liébana J. Microbiología oral. México: Mc Graw Hill; 2005: 40-46.
3. Petersen P. The world oral health report 2006: continuous improvement of oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2006: 3-5.

4. Tascón JE, Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colomb Med 2005; 36: 73-8.
5. Petersen P. The world oral health report 2003. Geneva: World Health Organization [Fecha de acceso 2005/03/30]. URL disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report%2003\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report%2003_en.pdf)
6. Dorronsoro ST, Minetti Z, Luna ER, Cornejo LS, Aguzzi A. Evolución de la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad de la Ciudad de Córdoba. Argentina. Rev Esp de Cirugía Oral y Maxilofacial 2000; 22: [Fecha de acceso 2005/04/05]. URL disponible en: <http://www.secom.org/recom/verarticulo.html?articulo=135>
7. Melendez T, Percy G. Estudio Epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios. Facultad de Estomatología de la Universidad de las Vegas: 2007:31-7
8. Tascón J, Aranzazu L, Velasco T, Trujillo K, Paz M. Primer molar permanente .Historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Revista Médica Colombia. Volumen 36 No.4: 2005:41-6
9. Gallen San Martín L. La salud y sus determinantes. Edit. Días Santos S.A, Madrid; 1985:21-9
10. Vigilancia y Evaluación de la salud buco dental. Informe técnico OMS. No. 782, Ginebra; 1999:11-7
11. Méndes,D. Caricote, N.Prevalencia de Caries Dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2006 - 2007). Revista Latinoamericana de Ortodoncia – Odontopediatría Diciembre 2007.[www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
12. Vigal GR, Portocarrero ZC. Prevalencia de Caries Dental en poblaciones escolares de las localidades de Ticapampa y Catac, Departamento de Ancash .Revista Científica Tribuna Estomatológica Volumen 1 número 1 Septiembre 2001:35-9
13. Colectivo de autores. Conservadora I y II. Editorial Ciencias Médicas Facultad de Estomatología. Ciudad de la Habana: 2002:19-45.

14. Duque de Estrada RJ, Rodríguez CA, Coutin MG, Riveron Factores de riesgos asociados con la enfermedad Caries Dental en niños. Revista Cubana de Estomatología. Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas: Volumen 40 No,2. La Habana:2003 :15-9

## **Convención Estomatología 2010.**

### **COMPORTAMIENTO CLINICO DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES EN PACIENTES DE 5-11AÑOS DE LA ESCUELA FELIPE POEY**

Autores:

Dra. Alina Roche Martínez

Especialista de I<sup>er</sup> grado en EGI.

Profesora Auxiliar.

Máster en Urgencias Estomatológicas.

País: Cuba.

Dirección particular: Clavel # 467 apto9 entre Infanta y Retiro.

Centro o entidad de afiliación: Facultad de Estomatología.

C.I: 63051611972.

E-mail: alinaroche@infomed.sld.cu

Dra. Maritza Alfaro Mon.

Especialista de I<sup>er</sup> grado en EGI.

Profesora Auxiliar.

Máster en Salud Bucal Comunitaria.

País: Cuba.

Dirección particular: Goicuría # 422 entre Carmen y Vista Alegre

Centro o entidad de afiliación: Facultad de Estomatología.

C.I: 58101800579

E-mail: maritzalfaro@infomed.sld.cu

Dra. Larissa Daudinot Cos.

Especialista de I<sup>er</sup> grado en EGI.

Profesora Instructor.

Máster en Urgencias Estomatológicas.

País: Cuba.

Dirección particular: Avenida 31 #4629 entre 46 y 48.

Centro o entidad de afiliación: Facultad de Estomatología.

C.I: 71042211430.

Dra.C Gladia Toledo Mayari.

Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Ortodoncia.

Profesora Asistente.

País: Cuba.

Dirección particular: Avenida 57 # 9257 entre 92B y 92D.

Centro o entidad de afiliación: Facultad de Estomatología.

C.I: 74022002274.

Alianet Fuentes Roche

Estudiante de 3 años de Estomatología

Alumna Ayudante de Ortodoncia

País: Cuba

Dirección particular: Clavel # 467 apto9 entre Infanta y Retiro

Centro o entidad de afiliación: Facultad de Estomatología

## RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con la finalidad de identificar el comportamiento clínico epidemiológico de los traumatismos dentales en niños de 5-11 años de la escuela primaria Felipe Poey

en el periodo comprendido de febrero a julio del 2009. El universo estuvo integrado por 82 niños, de los cuales se seleccionó por muestreo intencional a 50 que asistieron a la consulta que presentaron traumatismos dentarios y cumplían con los criterios de inclusión. Estos fueron examinados en la escuela con luz artificial, la presencia de fracturas dentarias fueron señalizadas en el dentigrama y en un cuestionario diseñado para el estudio el cual se le realizó a los padres para conocer el tratamiento recibido. Para el procesamiento y tabulación de la información se utilizó el método estadístico descriptivo, se valoraron diferentes parámetros representados en tablas, en números y por ciento. Se observó que en los niños estudiados el 62 % correspondió al sexo femenino, y los traumas no complicados de corona estuvieron representados en el 72 %. La vestibuloversión, la incompetencia bilabial y la práctica de deportes fueron los factores predisponentes que más favorecieron la ocurrencia del trauma. Así mismo demostramos que los pacientes afectados por traumas poseen un tratamiento inadecuado en la atención primaria, por lo cual constituye una necesidad insistir en el tratamiento de los mismos.

**Palabras clave:** traumatismos dentales, fractura dentaria, urgencia estomatológica

## Introducción

Una sonrisa impecable, de dientes saludables y uniformes ha sido desde los tiempos más remotos un elemento esencial del ideal de belleza y salud perseguido por hombres y mujeres de todas partes del mundo. Desafortunadamente, el logro de este ideal se ve muchas veces amenazado al ocurrir un traumatismo dental.

La pérdida o fractura de dientes anteriores se considera la urgencia estomatológica de mayor impacto psicológico, particularmente si la lesión afecta la dentición permanente e incluye pérdida extensa de estructura dental.<sup>1,2</sup>

Se desconoce el número exacto de pacientes que sufren traumas en los dientes, sin embargo, a juzgar por el número de lesiones que se observan la frecuencia debe ser elevada. Existen en la literatura numerosos estudios sobre traumatismos de los dientes, tanto en dientes temporales como permanente; (3, 4,5)

Las lesiones dentales son poco frecuentes en el primer año de vida. Esta frecuencia aumenta cuando el niño comienza a caminar y correr. Cuando el niño llega a la edad escolar son comunes los accidentes en los juegos, casi siempre por caídas y lo mas común es que ocurran fracturas de la corona del diente.(6)

Existe un pico de frecuencia de 2-4 años en la dentición temporal y de 8-10 años en la permanente, siendo dos veces mayor la frecuencia en niños que en niñas. A la mayoría de los pacientes se les afecta 1 ó 2 dientes, que son con mayor frecuencia los incisivos centrales superiores en ambas denticiones.<sup>1,</sup>

Estas lesiones traumáticas son causadas fundamentalmente durante el juego, practica de deportes, peleas, accidentes automovilísticos, choques de bicicletas, patines, patinetas, motocicletas, caídas y por cuerpos extraños que golpean las estructuras bucales.

En la segunda década de la vida se incrementan los deportes y con ello las lesiones en estas actividades

Existe en la literatura numerosos estudios sobre traumatismos de los dientes, tanto de los temporales como de los permanentes(7)

En la dentición permanente se nota un marcado aumento en la frecuencia de las lesiones en los niños de 8 a 10 años de edad, mientras que en las niñas el porcentaje se estabiliza. En estudios realizados por Levi Alfonso, se informa que el 11 % de las lesiones traumáticas del macizo facial en niños ocurren a nivel de los tejidos dentarios, ( 8, 9).

La mayoría de las lesiones dentarias afectan a los dientes anteriores y especialmente a los incisivos centrales superiores, mientras que los incisivos centrales inferiores y los incisivos laterales superiores sufren lesiones con menos frecuencia.

Los signos clínicos de las fracturas dentarias varían de acuerdo a la parte del diente afectada, unas veces el daño se limita a una pequeña lesión del esmalte pero pudiera extenderse, afectar la pulpa y comprometer los tejidos periodontales.

En las lesiones traumáticas juega un papel importante las radiografías como elemento auxiliar para su diagnóstico pues revelan tanto el estado de la raíz, como de las estructuras vecinas que se relacionan con el diente lesionado.(10)

Un perfil convexo con protrusión de los incisivos y un sellado de los labios insuficientes, son factores predisponentes importantes. Los estudios efectuados han demostrado que las lesiones dentarias son aproximadamente dos veces más frecuentes entre los niños con protrusión de los dientes, que en los niños con oclusión normal,

El resultado de los procedimientos de tratamiento de fracturas coronarias iniciado después de las primeras 24 horas de ocurrida la lesión se acompaña de un aumento en la frecuencia de la inflamación pulpar y la posterior necrosis de la misma.

Aunque la mayoría de las lesiones causados por estos traumatismos no comprometen la vida de los pacientes por el simple hecho de ser la más

visibles del cuerpo, son las que pueden causar deformidades y en gran número de ocasiones trastornos psicológicos de la personalidad. Estos traumas que ocurren en edades tempranas dejan ver sus manifestaciones cuando el paciente es un adolescente preocupado por su estética, y en ocasiones es demasiado tarde (11)

Sin lugar a dudas, las premisas fundamentales para el éxito de estos casos son la atención inmediata, ya sea en los servicios primarios de salud cuando sea factible su tratamiento en un servicio especializado cuando las lesiones sean complicadas, (12).

Teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan los diferentes traumatismos en la población infantil y su inadecuado tratamiento nos vimos motivados a realizar esta investigación.

### **Objetivo General:**

Identificar las características clínicas de los traumatismos dentales en el grupo de edades de 5-11 años, de la escuela Felipe Poey municipio Plaza de la Revolución, en el periodo comprendido de febrero a julio del 2009.

### **Objetivo Específicos:**

- 1-Identificar el grupo de edad y sexos más afectados por estas lesiones en los niños examinados.
- 2-Identificar los tipos de traumatismos según tipo de fractura y factores predisponentes,
- 3-Determinar el tratamiento recibido por los pacientes con traumas dentales.

### **Diseño Metodológico**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con la finalidad de identificar el comportamiento clínico de los traumatismos dentales en niños de 5-11 años de la escuela primaria Felipe Poey , en el periodo comprendido de febrero a julio del 2009

Universe estuvo integrado por 82 niños examinados en la escuela y de los cuales se seleccionó por muestreo intencional a 60 que presentaron traumatismos dentarios

Criterios de inclusión:

Niños comprendidos en ese grupo de edad con algún tipo de traumatismo y los padres dieron su aprobación para participar en el estudio

Criterios de exclusión

Niños que no cooperaban para ser examinados

### **Operacionalización de las variables:**

- Edad: Se estudiaron los niños de 5 a 11 según años cumplidos
- Sexo: Según sexo biológico
  - Femenino
  - Masculino
- Tipo de fractura: Se consideraron las fracturas coronarias según la clasificación de JACOBSEN
  - 1- Infracción del esmalte.
  - 2-Fractura no complicada de la corona (fractura solo del esmalte o que afecta esmalte y dentina).
  - 3-Fractura complicada de la corona (fractura que afecta el esmalte y la dentina, y expone la pulpa).
- Factores predisponentes: Se tuvieron en cuenta algunos factores como:
  - Vestíbulo versión de incisivos
  - Incompetencia Bilabial
  - Practica de deportes
  - Tratamiento recibido: se tuvo en cuenta si los pacientes estudiados:
    - Recibieron tratamiento en alguna consulta estomatologica
    - Tratamiento en las primeras 24 horas

### **Ética**

Se solicitó el consentimiento informado de los padres de los niños que participaron en el estudio, se les explicaron los objetivos del mismo, se les garantizó la confiabilidad de la información y la posibilidad de abandonar la investigación en el momento que lo desearan.

## **Técnicas y Procedimientos**

- **Obtención de la información**

Los datos se obtuvieron a partir del examen bucal e interrogatorio minucioso a cada paciente y alguno de los padres .

A cada niño acompañado de uno de los padres , se le realizó una encuesta donde se recogieron datos de interés para la investigación identificando la edad, sexo, tipo de trauma y diente más afectado, así como los factores predisponentes, perfil propenso, incompetencia bilabial. Se entrevistó a los padres para conocer el tratamiento recibido en la atención primaria de salud

Primeramente se limpiaron las superficies de los dientes con algodón para detectar la presencia de lesiones traumáticas, estas fueron debidamente señalizadas en un modelo de dentigrama.

Se diagnosticaron como lesiones traumáticas cuando existía pérdida de la integridad de los tejidos dentarios o línea de infracturas que permitan realizar el diagnóstico

- **Observación:**

Los niños fueron examinados en la escuela, con luz natural y los dientes examinados en la investigación debían estar totalmente brotados.

- **Procesamiento de la información**

Una vez recogida la información fue revisada y se creó en una base de datos en hoja de cálculo Excel y la información se procesó a través del paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Como medida resumen se utilizó el porcentaje

Para la elaboración del informe final se utilizó el procesador de textos Word.

Los resultados se presentan en tablas

Todos los datos obtenidos se utilizaron con fines estrictamente científicos.

- **Análisis de los Resultados**

**TABLA 1:** Distribución de pacientes traumatizados según edad y sexo.

| Edad  | Femenino |      | Masculino |      |
|-------|----------|------|-----------|------|
|       | No       | %    | No        | %    |
| 6     | 2        | 3    | -         | -    |
| 7     | 5        | 8    | 2         | 1.0  |
| 8     | 6        | 10.0 | 4         | 4.0  |
| 9     | 6        | 10.0 | 4         | 4.0  |
| 10    | 8        | 13.0 | 7         | 13.0 |
| 11    | 11       | 18   | 6         | 11.0 |
| Total | 37       | 62   | 23        | 53   |

En relación a la edad y el sexo se puede observar que el sexo femenino fue mas afectado representado por el 62% mientras el masculino estuvo representado por el 53 % y las edades mas afectadas fueron los 11 y los 10 años respectivamente

Tabla 2: Clasificación del tipo de fractura según Ingeborg Jacobsen y sexo

| Clasificación                    | Femenino |    | Masculino |    | Total |     |
|----------------------------------|----------|----|-----------|----|-------|-----|
|                                  | No       | %  | No        | %  | No    | %   |
| Infractura del esmalte           | 9        | 15 | 4         | 8  | 13    | 22  |
| Fractura no complicada de corona | 20       | 32 | 9         | 17 | 29    | 48  |
| Fractura complicada de corona    | 8        | 13 | 10        | 19 | 18    | 30  |
| Total                            | 37       | 62 | 23        | 53 | 60    | 100 |

En la tabla 2 aparece el tipo de fractura y su relación con el sexo. En este caso se puede observar que el 48 % presento fractura no complicada de corona, a pesar que el sexo femenino fue el mas afectado, el 32% de las lesiones eran no complicadas, mientras que en el sexo masculino, el 19% presento fractura

complicada de la corona lo cual se pudo evidenciar por alteraciones clínicas y datos recogidos durante el interrogatorio

Tabla 3: Distribución de pacientes según presencia de factores predisponentes y sexo

| Factores Predisponentes        | Femenino |    | Masculino |    |
|--------------------------------|----------|----|-----------|----|
|                                | No       | %  | No        | %  |
| Vestíbulo versión de incisivos | 10       | 36 | 5         | 26 |
| Incompetencia Bilabial         | 13       | 46 | 5         | 26 |
| Practica de deportes           | 5        | 18 | 9         | 47 |
| Total                          | 28       | 47 | 19        | 32 |

En la tabla 3 se observa que de los pacientes estudiados el 47 % del sexo femenino presento incompatibilidad bilabial con una vestibulo versión de incisivos y esto es un factor que facilita las fracturas dentales coronarias en cambio en el sexo masculino estuvo afectado en un 32 % y la practica de deportes es el mas significativo esto puede ser la causa que la mayoría de las fracturas fueran complicadas que de o recibir tratamiento correcto su pronostico es muy reservado

Se sufre trauma indirecto cuando el arco dental inferior se cierra forzadamente contra el superior, lo que puede suceder por un golpe en el mentón en una pelea o por una caída, este traumatismo tiende a ocasionar fracturas coronarias(8)

Tabla 4: Distribución de pacientes traumatizados según tratamiento recibido y sexo

| Tratamiento recibido | Femenino |    | Masculino |    | Total |    |
|----------------------|----------|----|-----------|----|-------|----|
|                      | No       | %  | No        | %  | No    | %  |
| Recibió Tratamiento  | 28       | 47 | 16        | 27 | 44    | 73 |
| Antes de 24 horas    | 10       | 17 | 7         | 12 | 17    | 28 |
| Tratamiento completo | 2        | 3  | -         | -  | 2     | 3  |

En la tabla 4 aparece el tratamiento recibido en la atención primaria de los pacientes examinados de ellos se observa que el 73,5 recibió tratamiento de ellos el 28 % lo realizó antes de las 24 horas y solo el 3 % ha concluido su tratamiento y se encuentran en consultas de control

#### ▪ **Discusión de los resultados**

En la tabla 1 como se aprecia los resultados no coincide con muchos estudios realizados acerca del tema, donde el sexo masculino generalmente es el más afectado, esto debe estar relacionado con el por ciento de pacientes examinados donde el femenino resultó mayor y además presentaron mayor frecuencia de factores predisponentes.

En lo referente a la edad si se corresponde pues aumenta la ocurrencia de lesiones traumáticas dentales. Se obtuvo que a partir de los 10 años se presenten el mayor número de pacientes traumatizados siendo las edades de 10 y 14 años las más afectadas

Tapias de conjunto con otros autores refiere una mayor prevalencia de la edad de 10 años para la ocurrencia de trauma, coincidente esto con nuestro resultado.(7)

Marcenes y Beiruti obtuvieron resultados coincidentes con el nuestro, encontrando un 63.2 % de pacientes investigados con traumatismos de estos tipos 9. Carrasco, Figueroa realizan un estudio con similares resultados y además concluyen que la mayoría de las lesiones afectaron los incisivos centrales superiores (13). Tabla (2)

En un estudio realizado por Concepción, se demostró también que el por ciento de lesionados es mayor en los casos que presentan incompetencia bilabial que en los casos que no la presentan. Otros estudios realizados por Lombardiy Shelly relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los traumatismos dentales en niños demostraron que la incompetencia bilabial es un factor predisponente que incide de manera muy directa en la aparición de los traumas dentales (14,15).

Las lesiones durante la adolescencia son causadas a menudo por actividades deportivas, por contacto con el puño o el codo; ya en la segunda década de la vida, estas lesiones se producen mayormente por accidentes automovilísticos

Andreasen y Guerra (1,) realizaron varios estudios, llegando a la conclusión de que practicar deportes de alto contacto físico es significativo para la ocurrencia de traumas.

La preponderancia masculina pudiera estar relacionada con las diferencias en las actividades físicas propias de cada género, que hace que en los juegos y deportes los varones protagonicen conductas más violentas o agresivas que las hembras. Lo que responde desde el punto de vista sociopsicológico a patrones culturales por los cuales se rige aún la sociedad actual para la educación de los hijos. A pesar de que las políticas educativas en Cuba tienen como una de sus prioridades transmitir valores de equidad entre ambos géneros a todos los niveles de la sociedad, aún persisten esteriotipos muy arraigados acerca de las conductas que se interpretan como femeninas o masculinas desde los primeros años de vida, lo cual influye probablemente en las diferencias encontradas en la presencia de traumatismos dentarios.(15)

El estomatólogo tiene la obligatoriedad de visitar las instituciones educacionales, recreativas y campos deportivos de su comunidad, para determinar los posibles factores de riesgo que pueden existir en las mismas en cuanto a edificación, así como también para realizar exámenes bucales a los escolares para la detección de hábitos bucales deformantes ( succión digital, lengua protráctil, respiración bucal), y perfiles propensos dados por la vestibulo versión de incisivos superiores e incompetencia bilabial.(16) Tabla3

En la tabla 4 aparece el tratamiento recibido por los pacientes estudiados. Tanto exceder las 24 horas para recibir atención como recibir esta de forma incompleta resulta riesgoso para conservar los dientes con trauma sin afectaciones posteriores, los síntomas dolorosos también aumentan con el incremento del tiempo sin atención, puede ocurrir además la muerte del tejido pulpar o la pérdida total del diente al no seguir un tratamiento continuo. Estas consecuencias fueron reflejadas por autores como Roizen y Urzua quienes tuvieron un 37 % de pacientes con tratamiento incompleto y con afectaciones como las anteriormente mencionadas (17). El 28.9 % que se obtuvo en cuanto a la atención antes de las 24 horas es similar al valor de 27.8 % reflejado por Correa en sus estudios (18).

Por el desconocimiento de la población ante la conducta a seguir una vez ocurrido un traumatismo dentario surge la necesidad de informar a la población a través de las diferentes vías de comunicación cómo actuar frente a un traumatismo dental. Además de promover conciencia en la población, debe educarse sobre los grandes riesgos que provoca el inadecuado manejo de las lesiones traumáticas de los dientes; que no es solamente acudir de inmediato cuando involucre la estética o exista alguna sintomatología. Pues la severidad de un daño dentario puede no ser evidente inmediatamente; cualquier trauma dental tiene la potencialidad de ser serio y las complicaciones pueden ocurrir semanas o años después de la incidencia. Es por ello que el tiempo es un factor decisivo en el pronóstico de los dientes traumatizados. (19,20,21)

Acudir inmediatamente al estomatólogo, es vital, mientras más rápido se realizan los tratamientos de urgencia mayores son las probabilidades de éxito en el tratamiento definitivo de los dientes afectados, minimizándose el riesgo de que ocurran complicaciones posteriores.

El equipo de salud apoyado en los medios de difusión en sistemáticas campañas, desempeñan un papel fundamental, para que la educación familiar y social se convierta en una efectiva “vacuna” contra este flagelo que va en ascenso en este siglo XXI. (22)

#### ▪ **Conclusiones**

- En los pacientes estudiados el mayor por ciento correspondió al sexo femenino, la fractura no complicada de corona fue la mas representativa y los pacientes con vestíbulo versión e incompetencia bilabial fueron los mas afectados así como los que practican deporte sin protección
- La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento pero no de forma completa e inmediata lo cual afecta el pronóstico de estas lesiones y evita la aparición de complicaciones más graves y severas.

## ▪ Referencias bibliográficas

- 1- Andreassen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreassen FM. Reimplantation of 400 avulsed permanent incisors. Endod Dent Traumatology 1995; 11 (2): 51 – 89.
- 2- Veleiro Rodríguez C. Traumatismos dentales en niños y adolescentes. Odontólogo (en línea).2000 Disponible en: el **[http://www.ortodoncia.ws/traumatismos\\_dentales.htm](http://www.ortodoncia.ws/traumatismos_dentales.htm)** .consultado el 26 de marzo del 2010
- 3- Gallego Rodríguez J, Martínez Jacobo R. Traumatismos dentales en niños de 12 a 14 años en el municipio San José de las Lajas. Revista Cubana de Estomatología (periódica en línea). 2003; 40 (3) Disponible en: **[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_2\\_04/est02204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est02204.htm)** consultado 26 de marzo 2010
- 4- García-Ballesta C, Pérez-Lajarin L, Castejón-Navas M. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: una revisión. RCOE 2003;8 (2): 131-41.
- 5- Andreasen JO, Andreasen FM, Bakland LK, Flores MT. Traumatic dental injuries: a manual. Copenhagen: Munksgaard; 2000.
- 6- Colectivo de autores. Guís Prácticas de Estomatología. LA Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003. Pp 128-129.
- 7- Tapias MA, Jiménez García, Lamas F, Gil AA. Prevalence of traumatic crown fractures to permanent incisors in a childhood population: Mostales, Spain, 2003 jun; 19 (3): 119-22.
- 8- Levi Alfonso J. Lesiones Traúmaticas del maciso facial en niños. Rev Cubana Estomatología, 1983 sep-dic; 20(3):215-222.
- 9- Marcenes W, Berirut, N, Tanfour D, Issas, Epidemiology of traumatic injuries to the permanent incisor of 9-12 year – old scholchildren in Damascus, Syria. Endd Dent traumatol, 1999 jun; 15(3):117-23.
- 10-Rivero Villalón M. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares y nivel de conocimiento del personal docente de la escuela Raúl Gómez García. En: Symposium de Odontopediatria; 2005 Nov; La Habana. La

Habana: Facultad de Estomatología de la Universidad de La Habana; 2005. p. 669.

- 11-Holan G. Traumatic injuries to the clin:a survery in a paediatric dental practice. Int J Paediatr Dent. 2004 Junio;8(2):143-8.
- 12-Traebert J, Almeida I, Garghetti, Marcenesw. Prevalencia nesecidades de tratamiento e fatores predisponentes do traumatismos na denticao permanente de escolares de 11 a 13 años de idades. Cad. Saúde Publica, 2004 marzo-abril; 20 (2): 403-410.
- 13-Carraszo Q, Figueroa CH. Estudio descriptivo de traumatismo dentoalveolar en pacientes atendidos en hospitales del servicio de salud de la V Region. Rev. Fac Odontol, Univ Valparaíso, 2002 oct; 2 (6): 452-459
- 14-Concepción Obregón T. Los traumatismos dentales como p'roblema de salud( Tesis).Facultad de Ciencias Medicas. Departamento de Estomatología. Pinar del Rio.2000Lombardi S, Sheller B, Diagnosis and treatment of dental trauma in a Childrens. Peditr- Dent 1998 marz –apri; 20(2) : 112-20.
- 15-Blanco L. Prevención de traumatismos bucales en el deporte (en línea). Disponible en: <http://www.samct.org.ar/index.htm> consultado el 18 de marzo 2010
- 16-García-Ballesta C, Pérez-Lajarin L, Castejón-Navas M. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: una revisión. RCOE 2003;8 (2): 131-41.
- 17-Roizen S, Urzua S. Traumatismo dental en al infancia del Dentista al Pediatra Pediatric Dent, 1997 sept-oct; 13 (4): 224-8.
- 18-Correa A, García S. Diagnóstico y tratamiento del trauma dental. Rev, Cubana Estomatología, 1997 mayo- dic; 34 (2): 62-6.
- 19-Hotz R P . Odontopediatria: Odontología para niños y adolescentes. Buenos Aires. Editorial Mundi, 2003:135-149.
- 20-Hotz R P . Odontopediatria: Odontología para niños y adolescentes. Buenos Aires. Editorial Mundi, 2003:135-149.
- 21-Keith. Atlas of oral and Maxilofacial Surgery.WB Saunders 2004.

22-González Nava G. el trauma en el menor de 15 años.Trabajo para optar por el titulo de especialista de primer grado en Estomatología general integral .Facultad de Estomatología. Ciudad de la Habana. 2001.

## **COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DEL ABSCESO ALVEOLAR AGUDO OCASIONADO POR CARIES DENTAL.**

Autores:

Dra. Maydelyn Ureña Espinosa

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Profesor instructor. Master en Ciencias en Atención de Urgencias en Estomatología

Dirección electrónica: [maydeure@cucalambe.ltu.sld.cu](mailto:maydeure@cucalambe.ltu.sld.cu)

Dra. Yadira Rodríguez González.

Profesor instructor. Dra. en Estomatología. Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Master en Ciencias en Atención de Urgencias en Estomatología

Dirección electrónica: [kiss@cucalambe.ltu.sld.cu](mailto:kiss@cucalambe.ltu.sld.cu)

Dra. Tamara Portelles Morales

Profesor instructor. Dra. en Estomatología. Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Master en Ciencias en Atención de Urgencias en Estomatología

Dirección electrónica: [portelles@cucalambe.ltu.sld.cu](mailto:portelles@cucalambe.ltu.sld.cu)

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la consulta de urgencia de la Clínica Estomatológica de la Policlínica "Gustavo Aldereguía Lima" en el período comprendido de enero del 2007 a julio del 2008 para determinar el comportamiento clínico epidemiológico del Absceso Alveolar Agudo (AAA) ocasionado por la caries dental, teniendo en cuenta que las alteraciones pulpares y periapicales son unas de las enfermedades que más llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencia estomatológica debido a su sintomatología. El universo estuvo conformado por 1270 pacientes que acudieron con esta enfermedad y la muestra fue de 993 que presentaron absceso alveolar agudo ocasionado por caries dental. Prevalenció con esta enfermedad el grupo de edad de 45 – 59 años y el sexo masculino. Resultaron más afectados los trabajadores estatales seguidos de los por cuenta propia y los pacientes con un nivel cultural de técnico medio. Los dientes más vulnerables fueron los molares inferiores. Predominaron los abscesos en la fase inicial.

Palabras Clave: Absceso Alveolar Agudo, caries dental.

## INTRODUCCIÓN

Varias son las enfermedades que llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencias, pero la gran mayoría corresponde a patologías pulpares y periapicales, debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. (1)

En nuestro sistema de salud el tratamiento de las urgencias está priorizado. Se les debe brindar una atención inmediata a los pacientes que a ella acuden, ya que muchas afecciones, además de producir dolor y molestias, pueden llegar a convertirse en complicaciones que afecten su estado de salud general. (1)

La caries dental constituye el problema de salud bucal número uno mundialmente porque afecta a más del 90 % de la población (2). Es una enfermedad que afecta los tejidos mineralizados del diente. (3)

Actúa como irritante microbiano, siendo una de las principales causas de agresión al complejo dentino-pulpar la presencia de las bacterias y sus toxinas, la cual es considerada actualmente como la mayor responsable de la inflamación pulpar. Cuando este tejido ricamente vascularizado es agredido, responde con señales o signos característicos, como el “dolor”, considerando que la pulpa se encuentra dentro de cavidades inextensibles, a diferencia de otros tejidos. El dolor es el síntoma de alerta, que el organismo ha sido atacado y la pulpa ha llegado a su límite de tolerancia fisiológica, y en este caso se impone un tratamiento conservador. (2)

Desde épocas tempranas se ha tratado de proteger la pulpa aplicando diferentes medicamentos. Al diagnosticar y tratar precozmente una caries, al realizar una preparación cavitaria, teniendo en cuenta esta relación dentino-pulpar, estamos realizando prevención de las patologías pulpares y periapicales.(2, 4)

Al realizar el Análisis de la situación de salud de nuestra área se diagnosticó como uno de los problemas de salud bucal la alta prevalencia de la caries dental y dentro de sus principales complicaciones el Absceso Alveolar Agudo. (5)

Es necesario que todos los estomatólogos que realicen esta labor, pongan en práctica sus conocimientos sobre patologías y tengan un alto sentido de la humanidad, sentimiento que debe caracterizar a todo profesional de la salud, pues los pacientes que llegan a esta consulta se encuentran nerviosos, irritados y sobre todo, se sienten mal. (6)

Motivados por la importancia que todo esto representa para el estomatólogo, nos dimos a la tarea de realizar este estudio, con el objetivo de conocer la prevalencia del Absceso Alveolar Agudo, ocasionado por la caries dental, como una de las patologías pulpares más frecuentes en las consultas de urgencias de las clínicas estomatológicas.

## OBJETIVOS

### General

Determinar el comportamiento clínico epidemiológico del Absceso Alveolar Agudo como urgencia estomatológica ocasionado por la caries dental en los pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de la Clínica Estomatológica de la Policlínica “Gustavo Aldereguía Lima” en el período entre enero 2007 a julio del 2008.

### Específicos

✚ Determinar la incidencia del Absceso Alveolar Agudo como urgencia estomatológica ocasionado por caries dental.

✚ Describir el comportamiento según las siguientes variables:

- Grupos de edades
- Sexo
- Nivel cultural
- Ocupación

✚ Determinar grupo de dientes más afectado.

✚ Determinar la fase en que se presenta el absceso Alveolar Agudo.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la consulta de urgencia de la Clínica Estomatológica de la Policlínica “Gustavo Aldereguía Lima” en el período entre enero 2007 a julio del 2008.

**El universo** estuvo constituido por 1270 pacientes que acudieron al servicio de urgencia de la Clínica Estomatológica de la Policlínica “Gustavo Aldereguía Lima” con Absceso Alveolar Agudo.

**La muestra** fue de 993 pacientes que se les diagnosticó Absceso Alveolar Agudo causado por la caries dental.

### **Criterios de exclusión:**

Fueron excluidos los pacientes que presentaron esta enfermedad no ocasionada por caries dental.

Menores de 15 años.

Los pacientes que no quisieron estar en el estudio.

Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- ✚ Grupos de edades.
- ✚ Sexo.
- ✚ Ocupación
- ✚ Nivel cultural
- ✚ Grupos dentarios
- ✚ La fase que presentó el absceso se determinó según los siguientes criterios:

### **Aspectos Éticos**

Para el cumplimiento de los principios éticos se tuvo en cuenta durante toda la investigación el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. A los pacientes se les explicaron los procedimientos y técnicas a emplear en el estudio aclarando que no se afectará en ningún momento su salud ni se violarán sus derechos y criterios.

### **Técnicas y Procedimientos**

Para la obtención de la información se realizó una amplia revisión bibliográfica y documental sobre el contenido relacionado con el tema en estudio. (Tesis, revistas, libros, publicaciones, etc.) Los pacientes fueron examinados en consulta de urgencia,

en el sillón dental a la luz artificial con utilización del instrumental de diagnóstico. Se obtuvo la información a través del interrogatorio a los pacientes que acudieron con esta afección, del examen clínico, de las hojas de cargo confeccionadas por los estomatólogos en el cuerpo de guardia durante este período.

## RESULTADOS.

En la relación muestra - universo el 78.1% representa la muestra de 993 pacientes que acudieron a la consulta de urgencias con Absceso Alveolar Agudo (AAA) causado por caries dental, lo que significa que es alto el número comparado con el 21.8 % de los pacientes que se les diagnóstico AAA por otras causas.

**Tabla # 1 Distribución de los pacientes con AAA según sexo y edad.**

| Grupos de edades | Femenino   |             | Masculino  |             | Total      |             |
|------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                  | N          | %           | N          | %           | N          | %           |
| 15-24            | 30         | 36.5        | 52         | 63.4        | 82         | 8.2         |
| 25-34            | 39         | 34.2        | 77         | <b>67.5</b> | 114        | 11.4        |
| 35-44            | 128        | <b>44.4</b> | 160        | 55.5        | 288        | 29.0        |
| 45-59            | 152        | 44.0        | 193        | 55.9        | <b>345</b> | <b>34.5</b> |
| 60y más          | 63         | 38.4        | 99         | 60.3        | 164        | 16.5        |
| <b>Total</b>     | <b>412</b> | <b>41.4</b> | <b>581</b> | <b>58.5</b> | <b>993</b> | <b>100</b>  |

**Fuente:** Hojas de cargo y tablas de vaciamiento.

En la tabla 1 observamos que el grupo de edad que más prevaleció en el estudio es el de pacientes con edades entre 45 – 59 años, seguido por los de 35-44 años. El grupo de edad menos afectado fue el de 15 – 24 años ya que en estas edades los dientes tienen menos tiempo de brotados y los adolescentes son más preocupados por su apariencia física.

Se muestra en la tabla 1 que hubo un mayor número del sexo masculino (58.5 %) que del femenino (41.4 %). A pesar de no ser muy significativa la diferencia entre ambos sexos, se puede ver que las féminas se preocupan más por la belleza por lo que acuden con más frecuencia y prontitud al estomatólogo.

**Tabla # 2 Distribución de los pacientes según nivel cultural.**

| <b>Nivel cultural</b> | <b>No.</b> | <b>%</b>    |
|-----------------------|------------|-------------|
| Secundaria            | 178        | 17.9        |
| Preuniversitario      | 327        | 32.9        |
| Técnico Medio         | 338        | <b>34.0</b> |
| Universitario         | 150        | 15.1        |
| <b>Total</b>          | <b>993</b> | <b>100</b>  |

**Fuente:** Hojas de cargo y tablas de vaciamiento.

En la distribución de los pacientes con AAA según nivel cultural analizados en la tabla 2 se obtuvo que el grupo más afectado fue el de los Técnicos Medios con un 34.0 %, seguido de los pacientes con estudios de preuniversitario (32.9 %). Los pacientes con bajo nivel cultural son los que más inciden con la enfermedad. Los universitarios solo mostraron un 15.1 %.

**Tabla # 3 Distribución de los pacientes según ocupación.**

| <b>Ocupación</b>             | <b>No.</b> | <b>%</b>    |
|------------------------------|------------|-------------|
| Ama de casa                  | 79         | 7.9         |
| Estudiantes                  | 62         | 6.2         |
| Trabajador estatal           | 417        | <b>41.9</b> |
| Trabajador por cuenta propia | 263        | 26.4        |
| Jubilado                     | 172        | 17.3        |
| <b>Total</b>                 | <b>993</b> | <b>100</b>  |

**Fuente:** Hojas de cargo y tablas de vaciamiento.

Al analizar la distribución de los pacientes con AAA según ocupación, la tabla 3 muestra que los más afectados fueron los trabajadores pertenecientes al sector estatal con un 41.9%, siguiendo en cantidad los trabajadores por cuenta propia con un 26.4%.

En la distribución de los pacientes según localización de la caries dental que originó esta enfermedad se obtuvo que hubo un predominio de las caries dental en fosas y fisuras con un 62.0 %.

**Tabla # 4 Distribución de los pacientes según grupo dentario más afectado.**

| <b>Grupos dentarios</b> | <b>No.</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|------------|----------|
|-------------------------|------------|----------|

|                       |            |             |
|-----------------------|------------|-------------|
| Incisivos superiores  | 156        | 15.7        |
| Incisivos inferiores  | 13         | 1.3         |
| Caninos superiores    | 19         | 1.9         |
| Caninos inferiores    | 10         | 1.0         |
| Premolares superiores | 169        | 17.0        |
| Premolares inferiores | 230        | 23.1        |
| Molares superiores    | 144        | 14.5        |
| Molares inferiores    | 252        | <b>25.3</b> |
| <b>Total</b>          | <b>993</b> | <b>100</b>  |

**Fuente:** Hojas de cargo y tablas de vaciamiento.

En la tabla 4 donde se muestra la distribución de los pacientes según grupo dentario afectado se observa que los molares inferiores fueron los más afectados con un 25.3 %, seguido de los premolares inferiores con un 23.1 %, los premolares y molares superiores con un 17.0% y un 14.5% respectivamente.

**Tabla # 5 Distribución de los pacientes según fase del AAA.**

| <b>Fase del AAA</b>           | <b>No.</b> | <b>%</b>    |
|-------------------------------|------------|-------------|
| I Inicial o perirradicular    | 584        | <b>58.8</b> |
| II En evolución o intraóseo   | 393        | 39.5        |
| III Evolucionando o submucoso | 16         | 1.6         |
| <b>Total</b>                  | <b>993</b> | <b>100</b>  |

**Fuente:** Hojas de cargo y tablas de vaciamiento.

En la tabla 5 que muestra la distribución de los pacientes según la fase del AAA, observamos que el mayor número de pacientes se encontraba en la primera fase (58.8%) refiriendo los síntomas antes descritos.

Consideramos que en esta primera fase los pacientes se preocupan por su padecimiento por lo insoportable que llegan a ser el dolor y los demás síntomas, aunque algunos no lo perciben así.

El 39.5% de los pacientes acudieron con el AAA en la fase II donde se agravan los síntomas de la fase I.

## DISCUSIÓN

En comparaciones realizadas con otros estudios se obtuvo que El AAA en el de la Dra. Perdomo estuvo representado por el 88.9 %. (7). En el estudio de la Dra. González- Longora y del Dr. González-Román igualmente fue el AAA el proceso periapical que prevaleció. (8)

De todos los procesos periapicales el AAA es uno de los más frecuentes por tener entre sus causas fundamentales la caries dental, enfermedad bucal que más afecta a la población mundial. A pesar de que en varios estudios se plantea que ha disminuido su prevalencia, sigue siendo la de más frecuente aparición y más daño provoca en la cavidad bucal. Los pacientes acuden a la consulta de urgencia cuando el dolor, que puede ser leve al inicio de formarse la lesión cariosa, llega a ser insoportable y cuando eso sucede es porque la caries ha evolucionado hacia otros procesos, ha ido de una simple caries, que pudo ser tratada, hasta una enfermedad periapical y pulpar.

Consideramos que los resultados de la tabla 1 se deben a que a medida que aumenta la edad la enfermedad progresa hacia estadios superiores, además que los pacientes priorizan otras necesidades ante las consultas al estomatólogo.

Los resultados coinciden con el estudio realizado por la Dra. Quiñones Márquez donde la enfermedad pulpar aguda más frecuente fue el AAA con un 86.6 % y el grupo de edad más afectado por AAA fue el de 38 - 45 años de edad (26.6 %). También, con el estudio de la doctora Ana Gloria Vázquez, en Cienfuegos, donde resultaron las edades más afectadas las de 35- 59 años seguidas de las de 15 – 34 años. (6, 9) Algunos estudios reflejan que el sexo femenino resulta más afectado por caries dental, mostrando mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad de dientes perdidos en relación al sexo masculino. Se dice que en el sexo femenino la secreción salival es menor y además está más sometido a variaciones hormonales. (10-11)

En la tabla 2, el bajo nivel de escolaridad no determina en la aparición de una enfermedad, sin embargo el pobre nivel intelectual influye negativamente en la

asimilación de los conocimientos sobre la promoción y la prevención de las enfermedades.

Varios autores plantean que el nivel de escolaridad no determina las condiciones de higiene y autocuidado del complejo bucal, pues personas con bajo nivel cultural mantienen hábitos higiénicos adecuados, pero se debe considerar el nivel de escolaridad para poder realizar actividades educativas. (12, 13)

Al comparar los resultados con el estudio de la Dra. Rosabel Sánchez coinciden ya que en él se muestra que los pacientes más afectados fueron los de bajo nivel de escolaridad (primaria). (14, 15, 16)

Según los resultados de la tabla 3, los trabajadores pasan la mayor parte del día laborando fuera del hogar por lo que no disponen de tiempo para acudir a consulta y solo lo hacen cuando la enfermedad esta en estadios avanzados y el dolor se torna insoportable.

Consideramos que no todos los trabajadores tienen un nivel de educación para la salud en estomatología adecuado y no le dan la importancia que requiere el cuidado de la cavidad bucal para evitar las enfermedades.

Se debe influir sobre todas las personas para cambiar conceptos y actitudes y elevar así el nivel de conocimientos. Las fosas y fisuras son zonas de predisposición a la caries dental, por lo que en esta zona se observan con mayor frecuencia. Están localizadas en las caras oclusales de premolares y molares, caras palatinas de dientes anteriores superiores y molares superiores y en las caras vestibulares de molares inferiores. Por su disposición en forma de ángulo agudo hacia el límite amelodentinario, proporcionan retención mecánica y un microambiente ecológico propicio para el desarrollo de las caries.

También pueden aparecer en lugares donde normalmente no se observan y son las llamadas zonas de inmunidad relativa (superficies lisas) localizadas en las caras proximales por debajo de la relación de contacto con el diente vecino y en el tercio cervical de las caras vestibulares y linguales o palatinas.

No se encontraron estudios sobre este aspecto por lo que no se pudo comparar. Por los resultados de la tabla 4 Los molares y premolares son los más dañados por su forma anatómica ya que tiene fosas y fisuras que los hacen más propensos a

caries, que son zonas de predisposición. Los primeros molares son los primeros dientes permanentes en hacer erupción por lo que están más tiempo expuestos al ataque ácido de los microorganismos y bacterias de la cavidad bucal. (17)

Los molares inferiores hacen erupción ante los superiores. Las fosas y fisuras retentivas y formas dentarias atípicas retentivas facilitan la retención de microorganismos, restos de nutrientes y dificultan su remoción, promoviendo desmineralización y el progreso de las caries dentales.

Al comparar los resultados con los de la Dra. Ana Gloria, en su trabajo predominaron las afectaciones en los molares superiores con un 16.2 % sobre los inferiores con un 12.6 %, no coincidiendo con los nuestros donde los molares inferiores fueron los más afectados pero si en los dientes del sector posterior. (9)

Otro aspecto a tener en cuenta en la susceptibilidad de los dientes a las caries es el hecho de que ciertos dientes o caras de los mismos son más propensos que otros a esta enfermedad.

Según la tabla 5, sucede con bastante frecuencia que el paciente por muchas razones, o porque se ha descuidado por lo pobre de la sintomatología, o por miedo, o bien pensando que con un analgésico se le pasa la molestia, no se hace el tratamiento en tiempo y el caso se complica, y comienza a formarse el pus, y en dependencia del lugar donde este se encuentre será la conducta a seguir.

Esta tabla no se pudo comparar con otros estudios por no haber investigaciones sobre este aspecto.

## Conclusiones.

- Hubo un predominio de pacientes con Absceso Alveolar Agudo (AAA) causado por caries dental en el grupo de edad de 45 – 59 años.
- Prevaleció con esta enfermedad el sexo masculino.
- Los trabajadores estatales seguidos de los por cuenta propia predominaron en el estudio, así como los pacientes con un nivel cultural de técnico medio.
- Los dientes más afectados fueron los molares inferiores.
- Predominaron los abscesos en la fase inicial.

### Referencias Bibliográficas

1. Colectivo de autores. Rev Cubana de Estomatol 2000;37(2):84-8 85
2. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana. Ed. Ciencias Médicas; 2003. Cap 2.p.79
3. De Soet, J y col. (2000) Strin related acid production by oral streptococci. Caries Research. N° 34. (2): 23-26.
4. Rivero López A., Cantillo Estrada E., Gispert Abreu E., Jiménez Arrechea JA. Relación de la experiencia anterior de caries en la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev. Cubana Estomatol [en línea] 2007 [fecha de acceso 9 de diciembre de 2007]; 37 (3): 162-5. 17-9-04. URL disponible en: [http://www.infomed.sld.cu/revistas/est/vol37\\_3\\_07/\\_estsu300.htm](http://www.infomed.sld.cu/revistas/est/vol37_3_07/_estsu300.htm)
5. Ureña Espinosa M. Análisis de la situación de salud, Consultorio 158-01. Las Tunas; 2005.
6. Quiñones Márquez, D. Patologías Pulpares Y Periapicales más frecuentes en urgencias en 2 Clínicas Estomatológicas. Rev Cubana de Estomatol mayo-ago 2000;37(2):84-8. ISSN 0034-7507.
7. Perdomo Marcillo X, Ortiz Moncada C, la O Salas NO, Corona Carpio MO, León Betancourt EC. Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales articulo en línea. MEDISAN 2006; 10 (1) [http://bvs.cu/revistas/san/vol\\_10-1-06/san071](http://bvs.cu/revistas/san/vol_10-1-06/san071).
8. Gonzáles Román. A, Quintana del Solar. Et al. Frecuencias de diagnósticos y tratamientos pulpares según indicadores de la demanda realizados en una clínica dental universitaria. Rev. Estomatol. Herediana. on line. Jul/dic.2005,vol.15,no.2. citado 9 julio 2007), p. 150- 154. Disponible en:[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1009435520005000200010&lig=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1009435520005000200010&lig=es&nrm=iso) .ISSN 1019-4355.
9. Vázquez de León AG. Caracterización de patologías pulpares inflamatorias. Área I. Cienfuegos.
10. Almagro ND, Benitez HJA, Garcia AMA, Lopez LMT. Prevalencia de caries dental y factores asociados en escolares de la población de Loja (Granada). Rev Andaluza de Odontología y Estomatología 2002; 12 (1): 13-17.

11. Rivero LA, Cantillo EE, Gispert AE, Jiménez AJA. Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev. Cubana Estomatol 2000; 37(3): 162-5.
12. Petrocco De Angelis C. Urgencias endodónticas. Odontólogo invitado. (página principal de un sitio web)2000( actualizado 23 de enero 2007; citado 9 de marzo 2007). Disponible en <http://www.Carloboveda.Com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado8.htm>.
13. Villasana A. patología pulpar y su diagnóstico. Odontólogo invitado.(página principal de un sitio web)2000 (actualizado 23 de enero 2007; citado 9 de marzo 2007)2. Disponible en <http://www.Carloboveda.Com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado8.htm>
14. Sánchez Rodríguez R. Morbilidad por Urgencias estomatológicas en el municipio Independencia
15. Nancy RD, Aldereguía HI. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. La Habana. Editorial Pueblo y Educación. 2000.
16. Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La habana. Ed. Ciencias Médicas; 2000. p. 32 – 43; 294 – 332.
17. Pérez Olivares SA, Gutiérrez Salazar MP, Soto Cantero L, Vallejos Sánchez A, Casanova Rosado J. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. Rev Cubana Estomatol [en línea] 2002 [fecha de acceso 28 de mayo de 2004]; 39 (3). URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vo39-3-02/est01302.htm>.

## COMPORTAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN PRIMER MOLAR PERMANENTE EN ESCOLARES. EL GUAPO. 2005- 2006.

**Autores:** Y. González Beriau, N. Sexto Delgado, AG Vázquez de León, A Palenque Guillemí, Cueto Hernández M.

**Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos**

**Código postal 55100 Cienfuegos Cuba**

**Correo [norasd@ucm.cfg.sld.cu](mailto:norasd@ucm.cfg.sld.cu)**

### RESUMEN.

La caries dental continúa siendo el principal problema de salud de la población infantil. El diente permanente más afectado por esta entidad es el primer molar permanente. El objetivo de este trabajo fue describir el comportamiento de la caries dental en primeros molares permanentes en niños de 6 a 13 años de edad, así como evaluar la higiene bucal y el nivel de conocimiento, en la totalidad de los pacientes examinados que acudieron a la consulta estomatológica Barrio Adentro El Guapo desde Noviembre del 2005 a Marzo del 2006. Se realizó un estudio descriptivo transversal cuyos resultados mostraron que la mayoría de los pacientes presentaron caries dental, se debe destacar que más de la mitad de los pacientes tuvieron al menos un primer molar afectado por esta entidad. La relación primer molar afectado/ pacientes fue superior a uno. Se evidenció además una disminución en el porcentaje de primeros molares permanentes sanos. La higiene bucal deficiente predominó, así como el nivel de conocimiento regular. La mayoría de los padres no conocían la existencia en la cavidad bucal del primer molar permanente. Todo esto demuestra la necesidad de realizar acciones educativas y asistenciales priorizadas a este grupo de edad con el propósito de evitar la afectación de este diente tan importante en el desarrollo de aparato estomatognático.

**Palabras clave:** caries dental, primer molar permanente, índice de Clune conocimientos, higiene bucal.

### INTRODUCCION.

La caries dental es una enfermedad ampliamente extendida en el mundo. Ha sido y todavía sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno (1). Para la OMS, esta enfermedad es la tercera calamidad sanitaria, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (2).

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, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. (3, 4, 5, 6)

La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región de la América; aproximadamente 90% de los escolares (5 a 17 años) tienen caries dental. Sin embargo, gracias a la intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un costo reducido. Estudios realizados sobre esta temática evidencian la presencia de esta enfermedad en niños. (7, 8, 9,10)

Debemos recordar que las razones de las disparidades en salud oral son complejas. En muchos casos, la explicación son los factores socioeconómicos. En otros casos, las disparidades son exacerbadas por la falta de programas comunitarios tales como fluorización del agua potable. (11)

De los 32 dientes que forman la dentadura permanente, el primer molar es el primero que aparece en la boca (aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad), no sustituye a ningún diente temporal, brota detrás del último molar temporal y es determinante en el desarrollo del aparato masticatorio. Este es conocido también como “llave de la oclusión” o “diente 6”. En esta edad, es inmaduro, lo que lo hace más susceptible a la caries dental, ya que acaba de brotar y sus tejidos están todavía en fase de mineralización. (4). En edad escolar es el más afectado por caries (PM) y la prevalencia de caries en estos dientes se ha asociado con la actividad futura de caries. Dentro de sus características anatómicas se puede destacar que en su cara oclusal presenta estrías, fosas y fisuras las cuales son zonas susceptibles a caries dental. (12) Es importante identificarlo, para extremar los cuidados, pues debe acompañar al ser humano durante toda la vida. (4).

Estudios realizados en la universidad autónoma de Campeche, México sobre caries dental en primeros molares permanentes en escolares, en el 2001 indicaron la persistencia de una proporción con altos índices de caries en este diente en pacientes en edad escolar (10). Análisis similares realizados en Argentina en el año 2000 arrojaron los mismos resultados. (13) En relación con este tema no se encontraron estudios similares que aborden esta problemática en Venezuela.

Dada la importancia del primer molar permanente, así como la situación existente con respecto a la caries dental, unido a los factores socioeconómicos que han influido negativamente en la atención estomatológica de la población infantil excluida en el contexto estudiado, se propuso mostrar el comportamiento de esta patología en este molar, siendo este un elemento fundamental en el desarrollo armonioso del aparato estomatognático,

### **DISEÑO METODOLÓGICO.**

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en 232 pacientes de 6 a 13 años que acudieron a la consulta estomatológica los cuales fueron examinados en su totalidad coincidiendo así universo y muestra en el periodo de Noviembre del 2005 a Marzo del 2006.

Se debe destacar que se realizó en un departamento de estomatología de La Misión Barrio Adentro situado en la parroquia El Guapo, Municipio Páez, Estado Miranda en Venezuela.

La información se obtuvo a partir de la historia clínica individual, además se debe

destacar que se les pregunto a los padres si conocían la existencia de este molar lo cual se recogió en el documento anteriormente mencionado. Para la realización de esta investigación se obtuvo el consentimiento informado de los padres de los pacientes participantes en el estudio. Las variables estudiadas fueron las siguientes:

1. Grupos de edades
  - De 6 a 9 años.
  - De 10 a 13 años
2. Presencia de caries en el primer molar permanente: Solo se consideró presencia de caries solo en aquellos que en su dentigrama presentaron al menos un primer molar permanente señalado con un punto de color rojo en cualquiera de sus caras anatómicas, se incluyó en este caso las residivas de caries dental siendo señalado en el dentigrama con un punto azul rodeado de color rojo.
3. Frecuencia de primeros molares afectados.
  - Ningún primer molar permanente afectado.
  - Un primer molar permanente afectado.
  - Dos primeros molares permanentes afectados.
  - Tres primeros molares permanentes afectados.
  - Cuatro primeros molares permanentes afectados.
4. Índice de CLUNE: Este permite realizar una valoración de forma integral de los primeros molares respecto a la caries dental. Se basa en la observación de los 4 primeros molares permanentes, asignándole un puntaje a cada condición con el máximo de 10 puntos para cada molar.
  - Sano. Se le otorga 10 puntos.
  - Por cada superficie obturada se resta 0.5
  - Por cada superficie cariada se resta 1 punto.
  - Extraído o con exodoncia indicada se resta 10 puntos.

Posteriormente se sumó el valor obtenido de los 4 dientes y se obtuvo el porcentaje tomando como 100% el valor de 40 puntos que equivale a tener los 4 molares sanos. (9)

#### **Métodos de procesamiento de la información:**

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual. Los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos, siendo computarizados y procesados mediante el paquete estadístico computacional SPSS versión 11.0 resumiéndose en cuadros.

### **RESULTADOS:**

**Cuadro 1. Presencia de caries dental en el primer molar permanente en pacientes de 6 a 13 años. Parroquia El Guapo. Noviembre 2005- marzo 2006.**

| Grupos de edades | Presencia de Caries |      | Ausencia de Caries |      | Total |     |
|------------------|---------------------|------|--------------------|------|-------|-----|
|                  | No.                 | %    | No.                | %    | No.   | %   |
| 6 a 9            | 57                  | 51.8 | 53                 | 48.2 | 110   | 100 |
| 10 a 13          | 94                  | 77   | 28                 | 23   | 122   | 100 |

|                        |     |      |    |      |     |     |
|------------------------|-----|------|----|------|-----|-----|
| <b>Resultado Final</b> | 151 | 65.1 | 81 | 34.9 | 232 | 100 |
|------------------------|-----|------|----|------|-----|-----|

**Fuente:** Historia clínica individual.

En el cuadro 1 se aprecia la presencia de caries dental en los primeros molares permanentes. Se evidenció como en el primer grupo de edad el 51.8% presentaba al menos un primer molar permanente afectado, en el segundo grupo fue de un 77%. Se observó un incremento de este aspecto con la edad lo cual se corresponde con mayor tiempo de exposición de los primeros molares permanentes a todos los factores de riesgos que hacen posible la aparición de la caries. Al analizar la totalidad de los pacientes pudimos apreciar como el 65.1% presentaron al menos un primer molar permanente con caries dental.

**Cuadro 2. Frecuencia de niños por edad, según número de primer molar permanente afectado por caries dental. Parroquia El Guapo. Noviembre 2005- marzo 2006.**

| Grupos de edades       | No. | 4 PM sanos |      | 1PM afectados |      | 2 PM afectados |      | 3 PM afectado |      | 4 PM afectados |     |
|------------------------|-----|------------|------|---------------|------|----------------|------|---------------|------|----------------|-----|
|                        |     | No         | %    | No            | %    | No             | %    | No            | %    | No             | %   |
| 6 a9                   | 110 | 53         | 48.2 | 21            | 19.1 | 26             | 23.6 | 7             | 6.4  | 3              | 2.7 |
| 10 a 13                | 122 | 28         | 23   | 21            | 17.2 | 42             | 34.4 | 23            | 18.9 | 8              | 6.5 |
| <b>Resultado final</b> | 232 | 81         | 34.9 | 42            | 18.2 | 68             | 29.3 | 30            | 12.9 | 11             | 4.7 |

**Fuente:** Historia clínica individual.

Al analizar la frecuencia de niños por edad, según número de primeros molares permanentes afectados por caries dental (cuadro 2). Se evidenció en el primer grupo de edad el 19.1% y 23.6% presentaron de 1 a 2 primeros molares permanentes afectados por caries dental En el grupo de 10 a 13 años de edad se pudo apreciar como el 34.4% presentó una frecuencia de 2 primeros molares permanentes con caries dental. Al analizar la totalidad de la muestra estudiada se pudo apreciar que al analizar la frecuencia de primeros molares afectados el 29.3% presentó 2 PM afectados. Se debe destacar que el 39.9% de los pacientes estudiados presentaron sus 4 PM sanos.

**Cuadro 3. Relación Dientes afectados/Niños estudiados según grupo de edad y presencia de caries dental. Parroquia El Guapo. Noviembre 2005- marzo 2006.**

| Grupo de edades | Presencia de Caries |                                 |
|-----------------|---------------------|---------------------------------|
|                 | PM Afectados        | PM Afectados / Niños Estudiados |
| 6 a 9           | 106                 | 0.96                            |

|                        |            |            |
|------------------------|------------|------------|
| 10 a 13                | 206        | 1.7        |
| <b>Resultado final</b> | <b>312</b> | <b>1.3</b> |

**Fuente:** Historia clínica individual.

En el cuadro 3 podemos observar las relación primeros molares permanentes afectados/ niños estudiados. En este caso se apreció como en el primer grupo de edad esta relación fue de 0.96, siendo en el grupo de 10 a 13 años de 1.7. De forma general podemos decir que los niños que formaron parte de este estudio presentaron una relación 1.3 primeros molares permanentes afectados por caries dental.

**Cuadro 4. Índice de CLUNE en pacientes de 6 a 13 años. Parroquia el Guapo. Noviembre 2005 – marzo 2006.**

| Grupos de edades       | 100% sano | %    | 90-99% sano | %    | 70-89% sano | %    | 50-69% sano | %    | -50% sano | %      |
|------------------------|-----------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-----------|--------|
| 6 a9<br>n=110          | 53        | 48.2 | 39          | 35.5 | 16          | 14.5 | 2           | 1.8  | -         | -      |
| 10 a 13<br>n=122       | 28        | 23   | 42          | 34.4 | 16          | 13.1 | 25          | 20.5 | 11        | 9      |
| <b>Resultado final</b> | 81        | 34.9 | 81          | 34.9 | 32          | 13.8 | 27          | 11.7 | 11        | 4<br>7 |

**Fuente:** Historia clínica individual.

El índice de Clune en pacientes de 6 a13 años de edad el cual nos permitió realizar un análisis integral del porcentaje de primeros molares sanos (cuadro 4). En este grupo poblacional se evidenció que la afectación de este molar se incrementa con la edad, siendo el grupo más afectado el de 10 a 13 años. En este grupo se pudo apreciar como hay niños que presentan menos del 50% de sus primeros molares sanos. Al analizar los resultados totales se puedo apreciar como el 34.9% del total de los pacientes estudiados presentaban todos sus primeros molares permanentes sanos, siendo de este mismo valor en los niños que presentaron de 90% a 99% sus primeros molares permanentes sanos.

**Cuadro 5. Conocimiento de los padres sobre la existencia de este molar permanente en pacientes de 6 a 13 años. Parroquia El Guapo. Noviembre 2005-marzo 2006.**

| Grupos de edades | Conocimiento de los padres sobre este molar. |     |     |      |       |     |
|------------------|----------------------------------------------|-----|-----|------|-------|-----|
|                  | SI                                           |     | NO  |      | TOTAL |     |
|                  | No                                           | %   | No  | %    | No    | %   |
| 6 a 9            | 7                                            | 6.4 | 103 | 93.6 | 110   | 100 |

|                        |    |      |     |      |     |     |
|------------------------|----|------|-----|------|-----|-----|
| 10 a 13                | 44 | 36.1 | 78  | 63.9 | 122 | 100 |
| <b>Resultado final</b> | 51 | 22   | 181 | 78   | 232 | 100 |

**Fuente:** Historia clínica individual.

Al indagar el conocimiento (cuadro 5) de los padres sobre la existencia de este molar pudimos apreciar en el primer grupo de edad el 93.6 % de los padres no tenía conocimiento de la existencia de este molar, en el grupo de 10 a 13 años el 63.9 % presento esta misma característica. Cuando analizamos la totalidad de los padres se evidenció que más de 75% no tenía conocimiento sobre este molar.

## **DISCUSION.**

De los dientes permanentes es el primer molar permanente el diente que esta mas afectado por caries dental en los pacientes en edad escolar, la prevalencia en este molar se ha relacionado con la futura actividad de caries, siendo imprescindible su identificación y cuidado dado a que es un diente primordial para el desarrollo armonioso del aparato estomatognático. (9)

En un estudio realizado en México (10), al analizar la frecuencia de afectación de este molar por grupos de edades más del 70% y 50% de los niños presentaron sus 4 PM sanos en el primero y segundo grupo de edad respectivamente. En nuestro estudio este predominio de PM sanos no fue absoluto ya que en el grupo de 10 a 13 años el mayor porcentaje lo obtuvo la frecuencia de 2 PM afectados.

Se pudo apreciar como la relación primer molar afectado - paciente aumento con la edad, estudios realizados en México y Argentina (10,13) evidencian un incremento de la afectación por caries dental de este molar con la edad.

Al analizar el porcentaje de primeros molares sanos a través del índice de CLUNE se aprecia una disminución del porcentaje de molares sanos con la edad lo cual se corresponde con un estudios realizados en México y Argentina (10,13)

Se debe destacar que en un estudio realizado en Cuba en el año 2005 por Cobas E. se evidencia una disminución de primeros molares sanos con la edad, lo cual coincide con los resultados de este estudio, aunque no con la misma magnitud. (14)

El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importante para el desarrollo de una oclusión fisiológica y adecuada función masticatoria. A su vez, son considerados los dientes permanentes más susceptibles a la caries debido a su morfología oclusal y a la presencia y acumulación de placa bacteriana. Sin embargo, se demostró en un estudio realizado por Carvalho J, Thylstrup A y Ekstrand K, en Dinamarca 1992, que fomentando actividades preventivas como el entrenamiento de pacientes infantiles en el dominio de una buena técnica de cepillado dental se puede

obtener menor incidencia de caries y en consecuencia menor la necesidad de tratamiento restaurador. (15)

Por tal motivo se hace imprescindible realizar actividades educativas asistenciales las cuales permitan identificar este molar, no solo por los profesionales sino también los padres para de esta forma evitar que aparezca en este diente la caries dental la cual es la principal causa de la perdida dentaria en pacientes en edad escolar.

## **CONCLUSIONES.**

- Más de la mitad de los pacientes estudiados presentaron caries dental al menos en un primer molar permanente.
- Al analizar la frecuencia de afectación por caries dental en este molar el predominio de primeros molares sanos no fue absoluto, ya que en el grupo de más edad predominó la frecuencia de dos primeros molares permanentes afectados por esta entidad.
- La relación primer molar permanente afectado / pacientes fue superior a uno.
- El porcentaje de primeros molares sanos disminuyó con la edad.
- Un grupo numeroso de padres desconocían la existencia de este molar.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Gispert Estela. Sistema pronóstico del riesgo de caries en escolares de 7 a 14 años de edad [Tesis]. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2001.
2. García Barbero G. Patología y Terapéutica Dental. Madrid: Editorial Síntesis; 1997. p. 138-147.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de Estomatología. Programa Nacional de atención Estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana: Dirección nacional de Estomatología; 2002. p 19-87.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de Estomatología, área de docencia médica y social. Guías Prácticas cubanas de estomatología. Ciudad de La Habana: Dirección nacional de Estomatología; 2003. p 309-313.
5. Trujillo SZ, Oliver FE, Alonso AOE, Díaz NVP. Las infecciones por streptococcus mutans en niños afectados por caries. Rev Cubana Estomatol. 2002; 27(1): 46-52.
6. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalence of oral habits and teeth alterations in schoolchildren from Valencia (Spain). An Pediatr (Barc) [En línea] 2005 Mar [consultado 20 de junio de 2007]; 62(3):261-265. Disponible en: <http://www.nih.gov/entrez/query.cfgi>

7. Hugoson A, Koch G, Hallonstem AL. Caries prevalence and distribution in 3-20 years old in Jonkonping, Sweden, in 1973, 1978, 1983 and 1993. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 28(2): 83-89.
8. Fernández Ysla R, Farah Dago S, Coutin Marie G, Cruz García A, Marin Manso G. Factores de riesgo de 6 a 11 años. Ciudad de La Habana. Año 2004. En: Congreso Internacional Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de la Habana: DESOFT; 2005
9. Rodríguez Lorenzo E, Rodríguez Lorenzo C. Comportamiento de la Caries Dental en Escolares. Clínica estomatológica "Hermanos Gómez". 1994-2000. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Seriado en Internet]. 2004 [citado 16 marzo 2008]; 3 (8): [aprox. 18 p.]. Disponible en: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo\\_rev8/ccdent.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev8/ccdent.htm)
10. Pérez Olivares GA, Gutiérrez Salazar M, Soto Cantero L. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. Rev Cubana Estomatol. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 14 octubre 2008]; 39(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39\\_3\\_02/est01302.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est01302.htm)
11. Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(1): 59-66.
12. Carbo Ayala J. Anatomía dental y de la oclusión. Ciudad de LA Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. p 50-55.
13. .Discacciati de Lértora S, Martinez de Meyer L. Primer molar permanente: riesgos y afecciones en sus primeros años. Rev Founne. 2002; (2): 23-28. 2002.
14. Rosa Cobas E. Prevalencia de caries dental. Primer molares permanente en escolares de 6-12 años de edad. Seminternado "Conrado Benítez". [Tesis]. Cienfuegos: Policlínico Docente comunitario "Cecilio Ruíz de Zárate"; 2005.
15. Carvalho J, Thylstrup A and Ekstrand K. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars. Community Dent Oral Epidemiol. 1992 Aug; 20(4):187-92.

**COMPORTAMIENTO DE LA ÚLCERA TRAUMÁTICA EN EL MENOR DE 19 AÑOS.  
CLÍNICA INAVI. VISTA HERMOSA. VENEZUELA. 2006**

**Autores: Niurma González Soto.**

**Especialista de 1er grado en EGI**

**Máster en Urgencias Estomatológicas**

**Dirección Particular:** Calle 5ta # 411, entre A y B, Apto. # 11, Vedado, Plaza,  
Ciudad Habana, Cuba.

**Email: [niurma@infomed.sld.cu](mailto:niurma@infomed.sld.cu)**

**Teléfono: 831-1537**

**Cell: 052937626**

**Larissa Daudinot Cos**

**Especialista de 1er grado en EGI**

**Máster en Urgencias Estomatológicas**

**Dirección Particular:** Avenida 31 # 4629, entre 46 y 48, playa, Ciudad Habana, Cuba.

**Email: [ldaudinot@infomed.sld.cu](mailto:ldaudinot@infomed.sld.cu)**

**Teléfono: 209-6927**

**Maillorys Ruano Ortega**

**Especialista de 1er grado en EGI**

**Dirección Particular:** San Pedro # 709, entre Hidalgo y Estancia, Apto 5F, Nuevo  
Vedado, plaza, Ciudad Habana, Cuba.

**Email: [maillorysruano@infomed.sld.cu](mailto:maillorysruano@infomed.sld.cu)**

**Propósitos del Estudio:** Caracterizar el comportamiento de la úlcera traumática en el  
menor de 19 años.

## RESUMEN

La úlcera traumática es una pérdida de la continuidad del epitelio asociada a un trauma. Es la más común o frecuente de las lesiones orales. Los estudios epidemiológicos en los últimos años han mostrado la dispar asociación de los diferentes investigadores y una gran variabilidad en la prevalencia de las lesiones mucosas orales en las diferentes zonas del mundo. Se realizó esta investigación con el objetivo de describir el comportamiento de la úlcera traumática en niños y adolescentes a través de un estudio descriptivo transversal, durante el período comprendido de Marzo a Junio del año 2006, en el Municipio Heres, Ciudad Bolívar, Venezuela. La información se recogió de los pacientes a los que se les realizó el examen clínico unido a una entrevista frontal donde fueron recogidos los datos, permitiendo evaluar el comportamiento de la úlcera traumática en niños venezolanos, haciendo el diagnóstico diferencial en cada caso, describiendo las causas y localización más frecuente de la lesión. Obteniendo como principal resultado que el sexo femenino y el grupo de 0 a 4 años fueron los más afectados, la localización mas frecuente de la ulcera traumática se encontró en labios, seguido de la mucosa del carrillo, el factor de riesgo que predomina es el consumo de alimentos duros seguido de la mordedura de los labios después del suministro de anestesia.

**Palabras clave:** *Mucosa oral, lesiones intraorales, alteraciones bucales.*

## **INTRODUCCIÓN**

La úlcera traumática de las membranas de la mucosa bucal es una lesión causada por alguna forma de traumatismo, que puede ser la mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total, lesión por cepillo dental, exposición de la membrana mucosa a un diente con filos o una lesión cariosa, por un borde de una restauración defectuosa o por algún otro irritante externo. Tiene como principal característica la relación causa efecto, circunstancia que es la más importante para establecer el diagnóstico (1, 2).

Aparece como una pérdida de tejido, de bordes planos e irregulares, rojizos y blandos; el centro está cubierto por un exudado blanquecino y blanco- amarillento y su tamaño y profundidad dependen de las características del agente lesivo (3).

La úlcera traumática puede estar situada en cualquier sitio de la mucosa, es muy común en la lengua por la movilidad de este órgano, con frecuencia aparece en el borde lateral, por lo regular después de una lesión en la cual el paciente se mordió la misma. Sin embargo también se pueden encontrar sobre la mucosa del carrillo, sobre los labios y en ocasiones sobre el paladar (1,3).

Según plantea Regezi y Sciubba, 1996, la lesión intrabucal que se presenta con mayor frecuencia es la úlcera, en la mayor parte de los casos se debe a un traumatismo mecánico accidental y en otros a hábitos parafuncionales (4).

En la cavidad bucal son importantes por su alta frecuencia, las causas físicas de origen mecánico. En el caso de la úlcera palatina post anestésica producida por la acción de compresión local isquemizante se puede añadir un efecto indeseable de reducción del flujo vascular (2).

Existen otros tratamientos predisponentes como la radioterapia, que puede acompañarse de xerostomía y caries múltiples, suelen cursar con disgeusia y sobreinfectarse con *Candida albicans*. (2)

En niños mayores de 2 años, la lesión traumática más frecuente es la provocada por daños eléctricos con quemaduras de labios y comisuras. Se pueden desarrollar ulceraciones extensas con necrosis. Los niños tienden a ser curiosos, exploran el mundo que los rodea y descubren cada objeto, es por ello que tienden a colocarse los cordones eléctricos en la boca provocando úlceras y quemaduras extensas (5).

En estudios realizados por García- Pola (6), la úlcera traumática fue la segunda lesión más comúnmente diagnosticada, con una prevalencia de 12.17 %. Esta observación es compatible con el concepto clásico de que este tipo de úlcera es la lesión de tejidos blandos más frecuentemente observada. Sin embargo algunos estudios muestran una alta prevalencia y otros no, como es el caso de Kleiman en los Estados Unidos.

Todos estos criterios han servido de fundamentación para la realización de esta investigación con el objetivo de conocer el comportamiento de las úlceras traumáticas en adolescentes en los pacientes que acuden al servicio, teniendo en cuenta la importancia que tiene para el estomatólogo el conocimiento del proceso salud-enfermedad de la población, la realización de actividades preventivo-curativas, así como la detección y control de los factores de riesgo.

### **OBJETIVOS**

- 1 Caracterizar a los pacientes estudiados según edad y sexo.
- 2 Describir la distribución de úlcera traumática según grupo de edad y sexo.
- 3 Identificar la localización más frecuente de la úlcera traumática según sexo.
- 4 Estimar la frecuencia de los factores de riesgo y úlcera traumática según sexo.

### **Diseño metodológico**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para conocer el comportamiento de la úlcera traumática en los pacientes menores de 19 años tratados en el período de Junio a Diciembre del año 2006 en la Clínica Inavi de la parroquia Vista Hermosa. Estado Bolívar. Venezuela.

El universo estuvo constituido por 3244 pacientes que acudieron al servicio en el 2do trimestre del 2006. A los pacientes se les realizó el examen clínico para ser atendidos y ante la presencia de ulceraciones fueron examinados por la responsable de la investigación

**Criterios de inclusión:** Aquellos pacientes que están en el grupo de edad del menor de 19 años, que colaboran con el estudio, que no presenten trastornos psicológicos.

Pacientes que presentan una ulceración de la mucosa bucal, que al examen clínico presentan pérdida de la continuidad del epitelio con bordes planos e irregulares, de color rojizo, con un exudado central de color blanco o blanco amarillento, de consistencia blanda, asociado a un trauma

**Criterios de exclusión:** Los que en el examen clínico no presentaron lesiones.

**Valoración ética:** Se solicitó la autorización a todos los pacientes examinados, solicitando su aprobación y apoyo para la realización de esta investigación. Se comunicó a pacientes y familiares los objetivos de la investigación, el procedimiento a seguir y la importancia de su colaboración voluntaria, con el fin de obtener su aprobación mediante la firma del consentimiento informado. (Anexo 1)

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

**Variable:** Edad      **Tipo:** Cualitativa ordinal

**Descripción:** Según grupos establecidos conforme a la investigación por años cumplidos.

**Indicador:** Número y % según grupo de edad.

**Escala:**

- 0 a 4
- 5 A 11
- 12 A 14
- 15 A 18
- 19 años

**Variable:** Sexo **Tipo:** Cualitativa Nominal Dicotómica

**Descripción:** Según sexo biológico de pertenencia

**Indicador:** Número y % según sexo

**Escala:** Femenino

Masculino

**Variable:** Presencia de la enfermedad

**Tipo:** Cualitativa Nominal Dicotómica

**Descripción:** Aquella persona que al ser examinada presentan pérdida de la continuidad del epitelio asociada a un trauma.

Aquella persona que al ser examinada no presentan pérdida de la continuidad del epitelio.

**Indicador:** Número y % según la presencia de la enfermedad

- **Escala:** Afectado  
No Afectado

**Variable:** Zona afectada

**Tipo:** Cualitativa nominal politómica

**Descripción:** Cuando la úlcera se presente en la mucosa de las zonas señaladas

**Indicador:** Número y % según la localización.

**Escala:**

- Labios
- Surcos
- Mucosa de Carrillos.
- Paladar Duro
- Borde anterior de la lengua
- Borde lateral de la lengua
- Cara ventral de la lengua
- Cara dorsal de la lengua
- Frenillo lingual

**Variable:** Factores de Riesgo

**Tipo:** Cualitativa Nominal Politómica

**Descripción:** Alimentos duros: Cuando el paciente refiere haber comido alimentos duros

Alimentos calientes: Cuando el paciente refiere haber comido alimentos muy calientes, por encima de la temperatura normal

Alimentos fríos: Cuando el paciente refiere haber consumido algún alimento muy frío (por debajo de la temperatura normal)

Uso de sustancias químicas: Consumo de clorpromazina en tratamientos psiquiátricos por períodos largos.

Uso de alcohol, Peróxido de Hidrógeno con frecuencia, en exceso.

Uso de Aspirinas como analgésico

Daños eléctricos: Cuando el paciente se traumatiza la mucosa por una descarga eléctrica.

Radioterapia: Pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia

Quimioterapia: Pacientes sometidos a quimioterapia (Uso de metotrexate, Mercaptorurina, 5 Fluoracilo, Actinomicina D, Adriamicina, entre otros)

Uso inadecuado del cepillo dental: Cuando el paciente se provoca un trauma por técnica inadecuada de cepillado.

Iatrogénicas El uso inadecuado por el estomatólogo de Agentes oxidantes (Peróxido de Hidrógeno), Eugenol, Formocresol en Endodoncia, Hipoclorito de Sodio, ácidos, entre otros.

**Indicador:** Número y % según los factores de riesgo.

**Escala:** Alimentos duros  
Alimentos calientes  
Alimentos fríos  
Uso de sustancias químicas por el paciente  
Daños eléctricos  
Radioterapia  
Quimioterapia  
Uso inadecuado del cepillo dental  
Iatrogénicas

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

### **Obtención de la información:**

La información se obtuvo a través del interrogatorio y el examen clínico realizado a cada paciente que ofreció su disposición a colaborar con la investigación. En los casos que lo requería se solicitó la participación de los padres.

Para la recolección de la información nos auxiliamos de un formulario confeccionado a los efectos de la investigación. (Anexo 2).

A cada paciente se le realizó un examen clínico, auxiliándonos para ello de luz artificial

y empleando espejo bucal plano, gasa estéril y guantes, para de esta forma comprobar la presencia de úlceras de la mucosa bucal, su localización, establecer claramente su diagnóstico diferencial y asociación con factores etiológicos.

Se realizó una Revisión Bibliográfica para la confección de la base teórica de la Investigación (Centro internet) Gallery Computer.

### **PROCESAMIENTO Y ELABORACIÓN:**

Los resultados fueron almacenados en una base de datos confeccionada mediante el programa Excel 2000 para Windows. Se utilizó como medida de resumen para variables cualitativas el porcentaje.

### **RESULTADOS**

|              |      |      |     |      |      |     |
|--------------|------|------|-----|------|------|-----|
| <b>Total</b> | 2340 | 72.1 | 904 | 27.8 | 3244 | 100 |
|--------------|------|------|-----|------|------|-----|

| <b>Grupo de edades</b> | <b>Femenino</b> |          | <b>Masculino</b> |          | <b>Total</b> |          |
|------------------------|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
|                        | <b>No</b>       | <b>%</b> | <b>No</b>        | <b>%</b> | <b>No</b>    | <b>%</b> |
| <b>0 a 4</b>           | 104             | 3.21     | 128              | 3.94     | 232          | 7.15     |
| <b>5 a 11</b>          | 932             | 28.27    | 302              | 9.30     | 1234         | 38.0     |
| <b>12 a 14</b>         | 423             | 13.0     | 509              | 15.6     | 932          | 28.7     |
| <b>15 a 18</b>         | 411             | 12.6     | 423              | 13.0     | 834          | 25.7     |
| <b>19 años</b>         | 9               | 0.27     | 3                | 0.09     | 12           | 0.36     |

**Tabla 1. Distribución de la población examinada según grupo de edad y sexo.**

El grupo de edad que asistió con mayor frecuencia a la consulta fue el grupo de 5 a 11 años, en un 38.0 %; seguido de los grupos de 12 a 14 años, con el 28.7%. y el grupo de 15 a 18 años con un 25.7 %.

**Tabla 2 Distribución de ulcera traumática según grupo de edad y sexo**

| Grupo de Edades | Femenino |      | Masculino |      | Total |      |
|-----------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
|                 | No       | %    | No        | %    | No    | %    |
| <b>0 a 4</b>    | 15       | 55.5 | 9         | 45.0 | 24    | 51.6 |
| <b>5 a 11</b>   | 5        | 18.5 | 7         | 35.0 | 12    | 25.5 |
| <b>12 a 14</b>  | 2        | 7.4  | 1         | 5.0  | 3     | 6.38 |
| <b>15 a 18</b>  | 3        | 11.1 | 3         | 15.0 | 6     | 12.7 |
| <b>19 años</b>  | 2        | 7.4  | 0         | 0    | 2     | 4.2  |
| <b>Total</b>    | 27       | 100  | 20        | 100  | 47    | 100  |

En la tabla 2, se muestra que del total de pacientes afectados, 47 presentan la lesión ulcera traumática, al analizar el comportamiento según sexo, de ellos 27 son del sexo femenino y 20 del sexo masculino representando. El grupo mas afectado fue el

grupo de 0 a 4 años, con 24 niños, para un, 51.6%; seguido del grupo de 5 a 11 con un 25.5 %.

**Tabla 3 Localización mas frecuente de la ulcera traumática, según sexo.**

| Localización                       | Femenino |      | Masculino |      | Total |      |
|------------------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
|                                    | No       | %    | No        | %    | No    | %    |
| <b>Labios</b>                      | 14       | 29.7 | 8         | 17.0 | 22    | 46.8 |
| <b>Mucosa de carrillo</b>          | 7        | 14.8 | 3         | 6.38 | 10    | 21.2 |
| <b>Borde anterior de la lengua</b> | 6        | 12.7 | 3         | 6.38 | 9     | 19.1 |
| <b>Borde lateral de la lengua</b>  | 2        | 4.25 | 1         | 2.12 | 3     | 6.38 |
| <b>Cara ventral de la lengua</b>   | 2        | 4.25 | 1         | 2.12 | 3     | 6.38 |
| <b>Total</b>                       | 31       | 65.9 | 16        | 34.0 | 47    | 100  |

La localización más frecuente de la lesión fue en los labios con un 46,8% al analizar su comportamiento según el sexo, apreciamos que en el sexo femenino fue mas frecuentes en los labios, observándose en 14 pacientes para un 29.7%, seguido de la mucosa del carrillo con un 21,2 %, donde se encontraron 7 pacientes son femeninas para un 14.8%, El tercer lugar mas frecuente de la localización de la ulcera

traumática fue en el borde anterior de la lengua en un 19,1 %, siendo también las féminas las mas afectadas en un 12, 7 %.Tabla 3

**Tabla 4. Distribución de los factores de riesgo según sexo.**

| Factores de riesgo         | Femenino |      | Masculino |      | Total |       |
|----------------------------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
|                            | No       | %    | No        | %    | No    | %     |
| Mordedura                  | 8        | 17.0 | 4         | 8.50 | 12    | 25.52 |
| Alimentos duros            | 10       | 21.2 | 12        | 25.5 | 22    | 46.8  |
| Alimentos calientes        | 0        | 0    | 3         | 6.38 | 3     | 6.38  |
| Uso de sustancias químicas | 3        | 6.38 | 0         | 0    | 3     | 6.38  |
| Daños eléctricos           | 2        | 4.25 | 0         | 0    | 2     | 4.25  |
| Uso inadecuado cepillo     | 1        | 2.12 | 1         | 2.12 | 2     | 4.25  |
| Aparatos de Ortodoncia     | 3        | 6.38 | 0         | 0    | 3     | 6.38  |
| Total                      | 27       | 57.4 | 20        | 42.5 | 47    | 100   |

En la tabla 4 al analizar el comportamiento de los factores de riesgo vemos que el consumo de alimentos duros es el mas relevante con un 46.8 %. Si analizamos el comportamiento según sexo vemos que este factor de riesgo fue el más frecuente, y se presento con mayor frecuencia en el sexo masculino, aunque la presencia de factores de riesgo asociados a la aparición de úlceras traumáticas en sentido general estuvo mas asociado al sexo femenino, representado por un 57,4 %.

### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

La población venezolana esta estructurada de 0 a 4 años por el 33 % del total de la población, de 15 a 64 años, el 63 % y solo el 4% se encuentra en la población mayor de 64 años o población geriátrica (7). El estudio realizado se corresponde con las características poblacionales de Venezuela donde los niños y la población joven predominan sobre la población geriátrica. Tabla 1

Si comparamos los resultados de la Tabla 2, se observa que existe relación con otras investigaciones. Estudios epidemiológicos realizados en los últimos años han mostrado la apreciación de los diferentes investigadores y la gran variabilidad en las prevalencias de las lesiones de la mucosa bucal en las diferentes zonas del mundo, ofreciendo porcentajes comprendidos desde el 4.1 % y 52.6% (8)

Nuestros resultados coinciden con estudios relacionados con el tema donde muestran que en las edades tempranas es mayor la aparición de las úlceras traumáticas.

Al analizar el comportamiento según sexo apreciamos que de los 55 pacientes con afectaciones en la mucosa el 60 % son del sexo femenino y el 40 % del masculino, por lo que se aprecia un predominio de las féminas en relación con los varones.

Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones que muestran que la ulcera traumática se presenta con mayor frecuencia entre los 0 a 14 años (9) y la investigación

realizada por Pindborg (10), donde sus resultados coinciden con los nuestros, en el refiere que la frecuencia de niños con alteraciones de la mucosa fue superior en los niños del grupo de 0 a 2 años.

Otros estudios reportan baja prevalencia de lesiones de la mucosa oral en niños, pero esta prevalencia es oscura según lo muestra la metodología estándar, existen diferentes perfiles de población estudiada y existen diferentes criterios de diagnóstico, lo que imposibilita comparar los resultados obtenidos (11).

En nuestro estudio predomina el sexo femenino, este resultado coincide con otros estudios (11) donde se muestra que el 27 % de los pacientes examinados tuvieron alteraciones de la mucosa bucal sin existir grandes diferencias que puedan ser relacionadas con el sexo. (12).

Este resultado también coincide con un estudio realizado en la comunidad que acudió al Servicio de Odontología de Los Teques, Venezuela (13) donde se encontró que no hubo predilección significativa por sexo, ambos presentaron igual número de casos. En este estudio las patologías bucales en los niños y adolescentes fueron de un 15 %, forma equitativa para ambos sexos. Según Pickerman 1983; 1991 epidemiológicamente se presentan sin predilección por edad o sexo. (14)

Según la literatura revisada los sitios mas frecuentes de localización para una ulcera traumática son el borde lateral de la lengua, usualmente por mordida, la cara interna del carrillo, los labios y ocasionalmente el paladar, refieren Bessa y cols. (15)

En un estudio realizado sobre comportamiento de las úlceras bucales en escolares de una Secundaria Básica, en Mariano (16) se plantean los mismos resultados, lo cual se corresponde con lo encontrado en nuestro estudio.

Los niños pueden desarrollar ulceraciones de los labios inferiores por mordedura accidental después de la anestesia local. Las ulceraciones del frenillo labial superior se observan especialmente en niños con labio corto, dientes subluxados o fractura mandibular (17). Tabla 3

El consumo de alimentos duros como galletas, panes tostados en el horario de receso escolar pudieran ser algunas de las causas.

Seguidos, aparece con mayor frecuencia la mordedura con un 25.52 % predomina el sexo femenino con un 17.0 %. Es frecuente que los niños desarrollen ulceraciones de los labios inferiores por mordedura accidental después de la anestesia local, pensamos que esto es mas frecuentes en las hembras dado al mayor temor por la incomodidad o molestia causada por esta, las hembras son mas aprensivas.

Las comidas calientes también pueden provocar la aparición de una ulcera traumática, el clásico ejemplo de este tipo de daño es la pizza caliente, cuando hace contacto con el paladar, los labios o la lengua.

Investigaciones realizadas en México, encontraron 14 lesiones ulcerativas de la mucosa bucal y de ellas las traumáticas representaron el 69.2 %, el origen se relaciono con traumas vinculados a la aparatología de ortodoncia fija o removible, y en segundo lugar al anestésico local utilizado para la realización del tratamiento estomatológico, la localización mas frecuente es el labio inferior con extensión a la zona peribucal (18).

No existe bibliografía donde podemos hallar una explicación que nos diga sobre el comportamiento diferente según el sexo.

### **Conclusiones**

- Están mas afectados por esta patología las hembras predominando la población de 0 a 4 años de edad.
- La localización mas frecuente de la ulcera traumática fue en los labios, seguido de la mucosa del carrillo.
- El factor de riesgo que aparece con mayor frecuencia es el consumo de alimentos duros y las mordeduras.

## Bibliografía

1. Bagán JV, Vera S, Patología de la Mucosa Bucal. 1989,pg-1
2. Bascones A, LLanes F, Medicina bucal. Tomo I. 2DA Edición. Ediciones Avances. Pg 93, 241-244.1996.
3. Santana Garay JC. Principales enfermedades infecciosas generales con complicaciones bucales. Atlas de patología del Complejo Bucal. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 1985: 122
4. Urbina R, Pérez C. Facticia bucal: Reporte de un caso en un paciente pediátrico, 2006
5. Traumatic Ulcers, Nov 4, 2005. Glen Houston, DDS, MSD
6. García- Pola MJ, García JM González. M Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo(España). Medicina Oral 2002,7:184-91
7. [http://es.wikipedia.org/wiki/Dem0ograf%C3Ada de Venezuela](http://es.wikipedia.org/wiki/Dem0ograf%C3Ada_de_Venezuela).
8. Riobbo- Crespo MR, Planeels- del Pozo P. Riobbo García R. Epidemiology of the most common oral mucosal disease in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10 : 376-87
9. Análisis retrospectivo sobre las patologías bucales que se evidenciaron en la comunidad que asistió al servicio de Odontología. Hospital Victorino Santaella Ruiz. Los Teques. Estado Miranda. Venezuela. Período comprendido desde el 4to Trimestre de 2000 al 3er Trimestre 2004. Lucio Manuel Sosa de la Cruz. 2005
10. Pindborg JJ. Epidemiology and public Health aspects of diseases of the oral mucosa. J Dent Res Special Issue C, 1997;56:C 14-9
11. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0-12 años. J Oral Pathol Med (2004) 33:17-22
12. Pindborg JJ. Epidemiology and public Health aspects of diseases of the oral mucosa. J Dent Res Special Issue C, 1997;56:C 14-9
13. Levantamiento epidemiológico de las lesiones bucales presentes en la población atendida en el servicio odontológico del Hospital Eudoro González de la población de Carayara en el Estado Vargas durante el período Sept 1998-Agosto 1999. Acta Odontológica. Venez V.39 n.1 Caracas ene 2001

14. Análisis retrospectivo sobre las patologías bucales que se evidenciaron en la comunidad que asistió al servicio de Odontología. Hospital Victorino Santaella Ruiz. Los Teques. Estado Miranda. Venezuela. Período comprendido desde el 4to Trimestre de 2000 al 3er Trimestre 2004. Lucio Manuel Sosa de la Cruz. 2005
15. Bessa C FN, Santos PBJ, Aguilar MCF, Do Carmo MAV. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. J Oral Pathol Med 2004;33:17-32
16. Perez M. Comportamiento de las úlceras bucales en escolares de la Secundaria Basica Jose Testa Zaragoza, Marianao, durante 1er trimestre 2007. Tesis para optar por el título de master en atención de urgencias estomatológicas. Fac de Ciudad Habana. 2007
17. An experimental Model to demonstrate the carcinogenic action of oral chronic traumatic ulcer. J Oral Pathol Med (2005) 34:17-22
18. Donohué, A; Leyva, Huerta, E.R. Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. Rev Cubana Estomatol 2007; 45

## COMPORTAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON PULPITIS

### AUTOR:

Dra. Concepción González Sabín

Dr. en Estomatología

Profesor Auxiliar

Especialista de Segundo Grado en Fisiología Normal y Patológica

E mail conchy,glez@infomed.sld.cu

### COAUTORES:

Dr. Andrés O Pérez Ruiz

Dr. en Medicina

Profesor Auxiliar

Especialista de Segundo Grado en Fisiología Normal y Patológica

Dra. Martha Barroso Corzón

Dr. en Estomatología

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral

Dra. Maritza Osorio Núñez

Dr. en Estomatología

Profesor Asistente

Especialista de Segundo Grado en Bioestadística

Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Cuba

### RESUMEN

El dolor asociado a las pulpitis constituye uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias de Estomatología. La pulpa es un tejido que responde a cualquier agresión con una respuesta inflamatoria, que pasa por diferentes fases desde una incipiente que es la pulpitis reversible, a una fase transicional hasta llegar a la pulpitis irreversible, con un pronóstico muy desfavorable para la pulpa. En esta investigación valoramos el comportamiento del dolor en pacientes con pulpitis en 150 casos atendidos en el servicio de urgencia de la Clínica Estomatológica Antonio Guiteras del Municipio Habana Vieja durante el año 2008. Del total de casos diagnosticados el 50% correspondió a pulpitis irreversible, el 39% a pulpitis reversible y el 11% a pulpitis transicional. Predominó el dolor provocado en la pulpitis reversible, aumentando el dolor espontáneo en la transicional y en la irreversible. En cuanto a la aparición y desaparición del dolor encontramos un predominio de la lenta en la medida que el cuadro inflamatorio se tornaba irreversible. En la pulpitis reversible predominó el dolor provocado, de

aparición y desaparición rápida, lo cual se corresponde con un proceso inflamatorio en una etapa incipiente, mientras que, en la pulpitis transicional predominó el dolor espontáneo, de aparición rápida, pero que desaparece más lentamente, y en la pulpitis irreversible, predominó el dolor espontáneo y provocado, de aparición rápida y desaparición lenta, todo lo cual se corresponde con un proceso inflamatorio pulpar avanzado e irreversible para la pulpa.

Palabras clave: pulpitis, dolor, urgencias estomatológicas

## **INTRODUCCIÓN**

El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con daño real o aparente de los tejidos y descrita en términos semejantes como si el daño se hubiese producido. (1) El dolor entraña un componente afectivo-emocional importante que involucra al denominado Sistema Límbico que rige la conducta y las emociones, es por ello que no todos soportamos el dolor por igual (1, 2) En la atención primaria de salud (APS) en Estomatología, el dolor constituye una de las urgencias más frecuentes a la que el estomatólogo se enfrenta para diagnosticar y tratar. por lo que se les debe brindar una atención inmediata a los pacientes que a ella acuden, ya que muchas afecciones, además de producir dolor y molestias, pueden llegar a convertirse en complicaciones que afecten el estado de salud general. Varias son las enfermedades que llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencias, pero la gran mayoría corresponde a patologías pulpares y periapicales, debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. Es evidente que en estos casos, para una correcta indicación de tratamiento, es de suma importancia el establecimiento de un diagnóstico preciso. De este modo, el estomatólogo deberá buscar la correlación de la sintomatología dolorosa con otros aspectos clínicos, y arribar al estado fisiopatológico de la pulpa y los tejidos periapicales, lo cual contribuye a un adecuado diagnóstico que permite indicar el tratamiento correcto y preservar de este modo la vitalidad de la pulpa. (1, 3) Los pacientes con procesos inflamatorios pulpares denominadas pulpitis están incapacitados para trabajar, lo cual produce pérdidas económicas a los pacientes y al estado, además del costo para resolver la urgencia. La pulpa dentaria denominada por Meyer médula del diente se encuentra sujeta a las más variadas expresiones inflamatorias tanto destructivas como proliferativas y además a alteraciones tróficas como cualquier otro tejido. La pulpa es un tejido conjuntivo especializado laxo de consistencia gelatinosa ubicada en una cavidad de paredes rígidas rodeada por dentina. Este tejido responde a cualquier agresión por

medio de una respuesta inflamatoria, la cual adquiere una característica especial en la pulpa debido al hecho de estar confinada en una cavidad de paredes mineralizadas y con irrigación sanguínea terminal. Así, el tejido pulpar perfectamente protegido por una capa mineralizada no presentará sintomatología dolorosa, a no ser que se le apliquen estímulos térmicos (frío, calor) o eléctricos mediante el vitalómetro, desapareciendo la misma inmediatamente al ser retirado el estímulo. (4, 5) La pulpa es un tejido ricamente vascularizado. Sus vasos sanguíneos tienen paredes delgadas lo que les hace particularmente favorables a la dilatación. Durante la respuesta inflamatoria de la pulpa la hiperemia asociada y los cambios exudativos conducen a un gran incremento de la presión tisular, debido a las sólidas paredes mineralizadas que delimitan la cavidad pulpar. Posee además, un sistema de capilares linfáticos que drena a este tejido, manteniendo normal la presión del líquido intersticial. (5, 6, 7) Por otro lado, el diente está profusamente innervado con fibras nociceptivas: unas 700 fibras A $\delta$  y 1800 fibras C. La estimulación de las fibras nerviosas pulpares mediante calor, frío, acción mecánica o química, produce una sensación dolorosa casi pura; la estimulación eléctrica con el vitalómetro también activa a dichas fibras. (6, 7, 8, 9) La pulpa es un tejido muy bien innervado con infinidad de nociceptores que se activan inmediatamente ante cualquier daño tisular, en este caso un cambio térmico o la aplicación del vitalómetro promueven la manifestación sensorial de dolor. (10, 11) Cuando el tejido pulpar experimenta una agresión se desencadena una respuesta inflamatoria con características muy singulares por las consideraciones que hemos explicado anteriormente, es decir, la pulpa se encuentra ubicada en una cavidad inextensible y los síntomas y las secuelas serán siempre mayores que en otros órganos que no presenten esta peculiaridad. (12, 13) Es importante considerar que el tejido pulpar no experimenta una extinción o muerte repentina, sino que va sucumbiendo paulatinamente pasando por diferentes fases del proceso inflamatorio desde una incipiente que es la pulpitis reversible, a una fase transicional hasta llegar a la pulpitis irreversible, con un pronóstico muy desfavorable para la pulpa.

Estos conocimientos neurofisiológicos por parte del clínico lo sitúa en una condición más favorable, para la interpretación de la sintomatología dolorosa que muestran los diferentes estadios pulpares por el que transita una pulpitis. La interpretación y solución de los dolores pulpares depende mucho del conocimiento de la evolución del proceso inflamatorio que se instala en la pulpa y su progresión en este tejido. En ocasiones se hace verdaderamente difícil el establecimiento de un diagnóstico del cuadro inflamatorio

pulpar, sin embargo, se debe procurar un medio de identificar la reversibilidad o no de este proceso y cual sería el tratamiento a aplicar, de ello dependerá la evolución y resolución de la urgencia por la cual acudió el paciente a la consulta.

## **OBJETIVO GENERAL**

Valorar el comportamiento del dolor en pacientes con pulpitis.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Describir el tipo del dolor en los diferentes estadios de la pulpitis.
- 2) Describir el comportamiento del dolor según su aparición en los diferentes estadios de la pulpitis.
- 3) Describir el comportamiento del dolor según su desaparición en los diferentes estadios de la pulpitis.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la Clínica Estomatológica Antonio Guiteras del municipio Habana Vieja con el propósito de valorar el comportamiento del dolor en pacientes con pulpitis durante el año 2008. El universo de la población objeto de estudio estuvo conformada por todos los pacientes de ambos sexos, que acudieron al servicio de urgencia con dolor por presentar pulpitis. La muestra estuvo integrada por 150 pacientes y se siguieron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes que acudan a consulta de urgencias refiriendo dolor por otras causas, que no sean pulpitis.

Previo consentimiento informado, escrito y firmado se procedió a explicarle al paciente en qué consistía el estudio (examen estomatológico), a fin de obtener un consentimiento verbal y la cooperación ilimitada.

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y detallada sobre el tema de estudio en la red de Internet y bibliotecas de la capital.

Los pacientes fueron atendidos en el servicio de urgencias al cual acudieron, se les realizó el interrogatorio para lo cual se confeccionó un formulario para la recolección de datos.

Se realizó posteriormente un examen clínico del paciente y su correspondiente diagnóstico. Esta información se recogió en los horarios de urgencias de una estomatólogo capacitada por la autora de esta investigación para la correcta recolección de los mismos.

Los resultados se llevaron a una base de datos, se procesaron y resumieron en frecuencias absolutas y porcentaje. Fueron presentados en forma de gráficos.

Una vez procesados los resultados se procedió a analizar y discutir los mismos, llegando a las conclusiones de esta investigación.

## **RESULTADOS**

El gráfico 1 muestra que del total de casos diagnosticados con pulpitis el 50% correspondió a la pulpitis irreversible, un 39% de los casos a la pulpitis reversible y un 11% a la pulpitis transicional. Se aprecia que la mitad de los casos diagnosticados con pulpitis corresponden al estadio del proceso inflamatorio pulpar más avanzado, siguiendo en orden descendente la pulpitis reversible, estadio inicial o incipiente de inflamación pulpar y por último la pulpitis transicional con un menor porcentaje de casos y que corresponde al estadio de evolución entre un proceso inflamatorio que se establece y que de no tratarse a tiempo evoluciona hacia un estadio irreversible de pronóstico muy desfavorable para la pulpa. El gráfico 2 muestra los tipos de dolor según el tipo de pulpitis. Del total de casos diagnosticados con pulpitis reversible hubo un predominio del dolor provocado en un 80% de los casos. En la pulpitis transicional el 50% de los casos presentaron dolor espontáneo, estando en igual proporción el dolor provocado o ambos tipos de dolor. En la pulpitis irreversible predominaron ambos tipos de dolor en el 56% del total de casos. El gráfico 3 muestra la aparición del dolor según el tipo de pulpitis. Hubo un predominio de la aparición rápida del dolor para los tres tipos de pulpitis con un total de un 95% de casos en la pulpitis reversible, un 63% de casos en la pulpitis transicional y un 56% de casos en la pulpitis irreversible. La aparición rápida del dolor se presentó en 108 casos lo que representa un 72% del total de casos diagnosticados. La aparición lenta del dolor a pesar de que fue menor que la rápida manifiesta una tendencia al aumento en la medida que el proceso inflamatorio pulpar avanza, presentándose en un 5% en la pulpitis reversible, un 37% en la pulpitis transicional y un 44% de los casos de pulpitis irreversible. El gráfico 4 muestra la desaparición del dolor según el tipo de pulpitis. Del total de casos diagnosticados con pulpitis reversible la desaparición del dolor fue rápida en un 95% de los casos. En la pulpitis transicional predominó la desaparición lenta del

dolor en un 63% de los casos, aunque el 37% refirió que el dolor desaparecía de forma rápida. En la pulpitis irreversible hubo un predominio de la desaparición lenta del dolor en el 93% del total de casos en esta categoría. Si observamos el total de casos se obtuvo un predominio de la desaparición lenta del dolor en 83 casos del total, lo que representa el 55% de los casos diagnosticados, mientras que, la desaparición rápida del dolor se presentó en 67 casos que representa el 45% del total. La desaparición rápida del dolor mostró una tendencia a la disminución, mientras que la desaparición lenta del dolor mostró una tendencia al aumento a medida que avanza el proceso inflamatorio pulpar de un estadio reversible a uno irreversible.

## DISCUSIÓN

Cuando analizamos la muestra de casos diagnosticados la mitad del total correspondió a la pulpitis irreversible que constituye el estadio más avanzado del proceso inflamatorio pulpar donde el síntoma más alarmante es el dolor insoportable que experimentan los pacientes que padecen este tipo de afección pulpar. El motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencia en Estomatología es el dolor que se produce por diferentes causas, dentro de las cuales encontramos a las pulpitis. (14)

El paciente acude a estos servicios en busca de alivio para este síntoma tan alarmante, molesto, desagradable y que lo incapacita para realizar cualquier actividad por sencilla que sea. Otro elemento importante que debemos tener en cuenta es el componente afectivo-emocional que entraña el dolor por la participación de estructuras nerviosas suprasegmentarias en el proceso nociceptivo. (14, 15) Este componente afectivo-emocional es mucho más fuerte y evidente en los procesos inflamatorios pulpares irreversibles donde el paciente presenta cambios conductuales como ansiedad, irritación e incluso pueden llegar a la desesperación. (15) También son frecuentes cambios en el ciclo sueño-vigilia donde los pacientes refieren dificultad para conciliar el sueño, lo que agrava o acentúa aún más los cambios conductuales en estos pacientes. (15) El bajo porcentaje de casos de pulpitis transicional obedece a nuestro juicio a que esta fase de la pulpitis es un estadio transitorio entre un proceso inflamatorio que se establece que es la pulpitis reversible y un proceso inflamatorio avanzado que es la pulpitis irreversible. En la fase de pulpitis transicional en muchas ocasiones los síntomas no están bien definidos y por tanto el diagnóstico es mucho más difícil que en el caso de la pulpitis reversible y de la irreversible. Nuestros resultados coinciden con otros investigadores que también afirman que el dolor producido durante los cuadros inflamatorios pulpares constituye uno

de los motivos de consultas más frecuentes en los servicios de urgencias y especialmente el de mayor incidencia lo ocupa la pulpitis irreversible. (14, 15, 16) En cuanto a los tipos de dolor encontramos que en la pulpitis reversible prevaleció el dolor provocado, lo cual es compatible con un estado incipiente del proceso inflamatorio donde las fibras nerviosas se encuentran en un estado de facilitación promovida por la acción de los mediadores químicos vertidos en la zona. Estos mediadores químicos son los protagonistas del proceso inflamatorio y responsables de los cambios vasculares, celulares y de las manifestaciones sistémicas de dicho proceso. Desempeñan un papel muy importante en la sensibilización de las terminaciones nerviosas, de modo que el mínimo estímulo desencadenará la excitación de la fibra provocando dolor. En el dolor por inflamación se presenta un típico mecanismo de retroalimentación positiva, es decir, el estímulo nociceptivo sobre el tejido pulpar promueve la liberación de mediadores químicos de sus dos orígenes: del plasma, la bradicinina y de las células del tejido dañado las prostaglandinas, fundamentalmente la PG-E<sub>2</sub> y ambas actúan sobre la terminación nerviosa, ésta se sensibiliza por la acción de PG- E<sub>2</sub> y luego la bradicinina completa su excitación, promoviendo en la fibra nociceptiva la generación de potenciales de acción y por ende, dolor. (17, 18, 19) La terminación nerviosa no solo se excita, sino que tiene la capacidad de liberar neuropéptidos como la sustancia P y el péptido relacionado genéticamente con la calcitonina (PRGC), los cuales actúan sobre las células cebadas que rodean a los vasos sanguíneos, liberando de sus gránulos a la histamina, citocinas y de sus membranas, prostaglandinas. La histamina y los otros mediadores químicos incrementan la vasodilatación y el aumento de la permeabilidad vascular, aumentando el aporte de mediadores químicos frescos a la zona, promoviendo mayor activación de las fibras nerviosas y perpetuando la inflamación. (18, 19) En los casos de pulpitis transicional predominó el dolor espontáneo, hecho que justifica la evolución hacia un proceso inflamatorio que incluya cambios vasculares y celulares más acentuados y donde el mecanismo explicado anteriormente ha posibilitado que las fibras nerviosas se encuentren aún más facilitadas y sensibilizadas que en el estadio de pulpitis reversible. En los casos de pulpitis irreversible el mayor porcentaje de los casos correspondió a ambos tipos de dolor, aunque también se presentaron casos que refirieron dolor espontáneo, todo lo cual justifica la severidad del proceso inflamatorio en esta fase. Estos resultados no coinciden con lo encontrado en la literatura especializada donde la mayoría de los estudios refieren que a medida que el proceso inflamatorio pulpar avanza el dolor aparece de forma espontánea, reflejando un mayor compromiso

del tejido pulpar. (6, 7, 16, 20) En cuanto a la aparición del dolor se observa un predominio de la aparición rápida en los tres tipos de pulpitis, hecho que se justifica teniendo en cuenta también el mecanismo de la nocicepción donde la liberación de mediadores químicos actúan sobre la terminación nerviosa, ésta se sensibiliza por la acción de las prostaglandinas, fundamentalmente la  $PG-E_2$  y luego la bradicinina completa su excitación, promoviendo en la fibra nociceptiva la generación de potenciales de acción y por ende, dolor. La terminación nerviosa no solo se excita, sino que tiene la capacidad de liberar neuropéptidos que estimulan la liberación de otros mediadores químicos involucrados en este mecanismo de retroalimentación positiva que contribuye a perpetuar el dolor en las pulpitis. La aparición lenta del dolor a pesar de que fue menor que la rápida manifiesta una tendencia al aumento en la medida que el proceso inflamatorio pulpar avanza. Entendemos que a pesar de que existe un predominio de la aparición rápida del dolor en los casos diagnosticados pensamos que esta tendencia al aumento de la aparición lenta del dolor en la medida que el proceso inflamatorio es más severo se debe fundamentalmente a que ya en la pulpitis irreversible la función de las fibras nociceptivas de la pulpa del tipo de las A delta ( $A\delta$ ) puede estar comprometida. Estas son fibras menos numerosas en la pulpa que las fibras C y tienen una baja capacidad de conservar su integridad funcional en situaciones de daño tisular. (21, 22, 23)

Tenemos que tener en cuenta que a medida que el proceso inflamatorio pulpar avanza se produce un mayor compromiso de las fibras C de la pulpa, mucho más numerosas que las A delta y con una mayor capacidad de conservación de su integridad funcional en condiciones de injuria a este tejido. (23) Los resultados de la desaparición del dolor mostraron que la desaparición rápida tuvo una tendencia a la disminución, mientras que la desaparición lenta del dolor mostró una tendencia al aumento a medida que avanza el proceso inflamatorio pulpar de un estadio reversible a uno irreversible. Estos resultados confirman el hecho de que a medida que el proceso inflamatorio avanza en la pulpa y se hace cada vez más intenso el mecanismo de sensibilización y excitación de las fibras nociceptivas, estimuladas por toda una gran variedad de mediadores químicos que están actuando a este nivel, provocan que el mecanismo de retroalimentación positiva que perpetúa el dolor por inflamación sea aún más intenso, lo cual justifica el enlentecimiento en la desaparición del dolor en la pulpitis irreversible con respecto a la reversible y a la transicional. (23) Konzelman y Beck coinciden en afirmar que la aparición y desaparición del dolor está muy relacionado con la duración de esta modalidad sensorial, donde a

medida que se perpetúan los cambios inflamatorios pulpaes, más se prolonga en tiempo el dolor y más desfavorable es el pronóstico para la vitalidad pulpar. (23, 24)

## CONCLUSIONES

- 1) En la pulpitis reversible predominó el dolor provocado, de aparición y desaparición rápida, todo lo cual se corresponde con un proceso inflamatorio en una etapa incipiente.
- 2) En la pulpitis transicional predominó el dolor espontáneo, de aparición rápida, pero que desaparece más lentamente, lo que corresponde con un proceso inflamatorio que va evolucionando hacia un cuadro irreversible.
- 3) En la pulpitis irreversible, que fue la más frecuente, predominó el dolor espontáneo y provocado, de aparición rápida y desaparición lenta, todo lo cual corresponde con un proceso inflamatorio pulpar avanzado e irreversible.

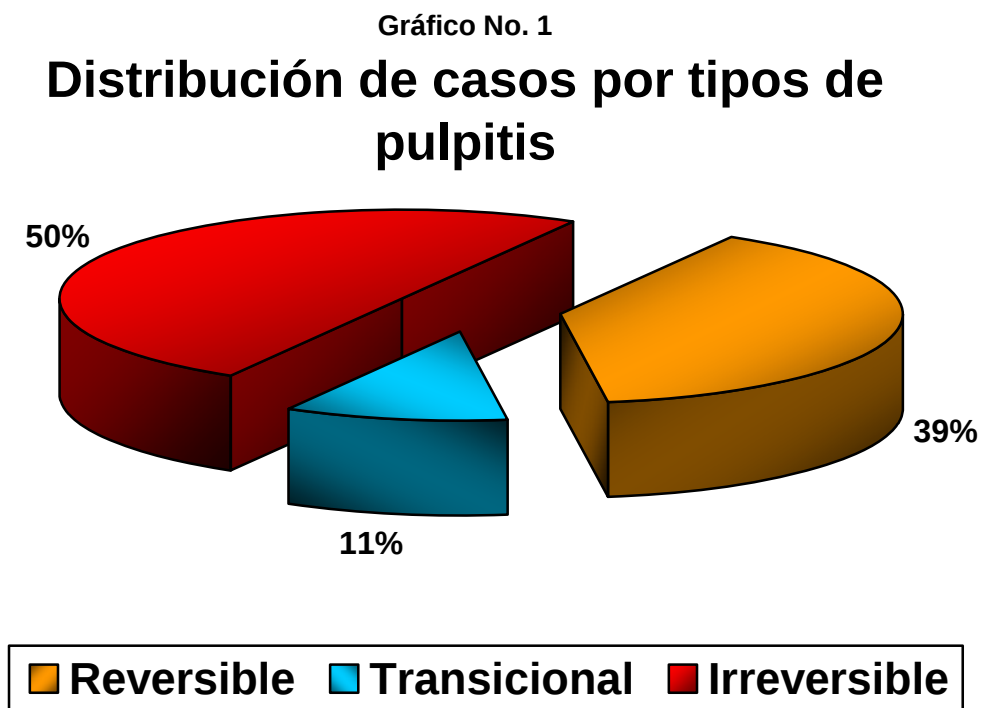
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Berge TI. Incidence of chronic neuropathic pain subsequent to surgical removal of impacted third molars. *Acta Odontol Scand* 2003 Mar; 60(2): 108-12.
- 2) Buck S, Reese K, Hargreaves KM. Pulpal exposure alters neuropeptide levels in inflamed dental pulp and trigeminal ganglia: evaluation of axonal transport. *J Endod* 1999 Nov; 25(11): 718-21.
- 3) Nolano M, Simone DA, Wendelschafer-Crabb G. Topical capsaicin in humans: parallel loss of epidermal nerve fibers and pain sensation. *Pain* 1999;81:135–45.
- 4) Anderson LM, Dumsha TC, McDonald NJ, Spitznagel JK . Evaluating IL-2 levels in human pulp tissue. *J Endod* 2004 Sep; 28(9): 651-5.
- 5) Artese L, Rubini C, Ferrero G, Fioroni M, Santinelli A, Piattelli A. Vascular endothelial growth factor (VEGF) expression in healthy and inflamed human dental pulps. *J Endod* 2004 Jan; 28(1): 20-3.
- 6) Bender IB. Reversible and irreversible painful pulpitis: diagnosis and treatment. *Aust Endod J* 2005 Apr; 26(1): 10-4.
- 7) Bender IB. Pulpal pain diagnosis--a review. *J Endod* 2003 Mar; 26(3): 175-9.
- 8) Edwards RR, Fillingim RB, Yamauchi S, Sigurdsson A, Bunting S, Mohorn SG. Effects of gender and acute dental pain on thermal pain responses. *Clin J Pain* 1999 Sep; 15(3): 233-7.
- 9) González S, Navajas JM. Hipersensibilidad dentinaria. Parte I. Revisión de las teorías etiopatogénicas. *Rev Europ Odontoestomatol* 1992; 4: 25-31.

- 10) Awawdeh LA, Lundy FT, Linden GJ, Shaw C, Kennedy JG, Lamey PJ. Quantitative analysis of substance P, neurokinin A and calcitonin gene-related peptide in gingival crevicular fluid associated with painful human teeth. *Eur J Oral Sci* 2004 Jun; 110(3): 185-91.
- 11) Awawdeh L, Lundy FT, Shaw C, Lamey PJ, Linden GJ, Kennedy JG. Quantitative analysis of substance P, neurokinin A and calcitonin gene-related peptide in pulp tissue from painful and healthy human teeth. *Int Endod J* 2004 Jan; 35(1): 30-6.
- 12) Barkhordar RA, Hayashi C, Hussain MZ. Detection of interleukin-6 in human dental pulp and periapical lesions. *Endod Dent Traumatol* 1999 Feb; 15(1): 26-7.
- 13) Jeske AH. Local anesthetics: special considerations in endodontics. *J Tenn Dent Assoc* 2006; 83(2): 14-8.
- 14) Douglass AB, Douglass JM. Common dental emergencies. *Am Fam Physician* 2003 Feb 1;67(3):511-6.
- 15) Petrovskaja LV, Maksimovskii IuM, Zorian EV, Grinin VM. Results of comparative studies of psychophysiological factors essential for self-evaluation of pain during oral therapeutic interventions. *Stomatologiya (Mosk)* 2003 ;82(2):15-20.
- 16) Vermeire P. Dental pain. *Rev Med Brux* 2004 Sep;22(4):A285-8.
- 17) Bowles WR, Withrow JC, Lepinski AM, Hargreaves KM. Tissue levels of immunoreactive substance P are increased in patients with irreversible pulpitis. *J Endod* 2003 Apr; 29(4): 265-7.
- 18) Walsh LJ. Mast cells and oral inflammation. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(3):188-98.
- 19) Isett J, Reader A, Gallatin E, Beck M, Padgett D. Effect of an intraosseous injection of depo-medrol on pulpal concentrations of PGE2 and IL-8 in untreated irreversible pulpitis. *J Endod* 2005 Apr; 29(4):268-71.
- 20) Kennedy S, Reader A, Nusstein J, Beck M, Weaver J. The significance of needle deflection in success of the inferior alveolar nerve block in patients with irreversible pulpitis. *J Endod*. 2003 Oct;29(10):630-3.
- 21) León Olea M, Miller-Pérez C, Cruz R, Antón B, Vega R, Soto E. Immunohistochemical localization and electrophysiological action of nociceptin-orphanin-FQ in the snail (*Helix aspersa*) neurons. *Neurosci Lett* 2007; 316: 141-144.
- 22) Barkhordar RA, Ghani QP, Russell TR, Hussain MZ. Interleukin-1beta activity and collagen synthesis in human dental pulp fibroblasts. *J Endod* 2004 Mar; 28(3): 157-9.

- 23) Konzelman JL Jr, Herman WW, Comer RW. Dental pain. Gen Dent 2004; 49(2):156-8.
- 24) Beck M. Irreversible pulpitis and necrotic pulps. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005 Aug;96(3):20-24.

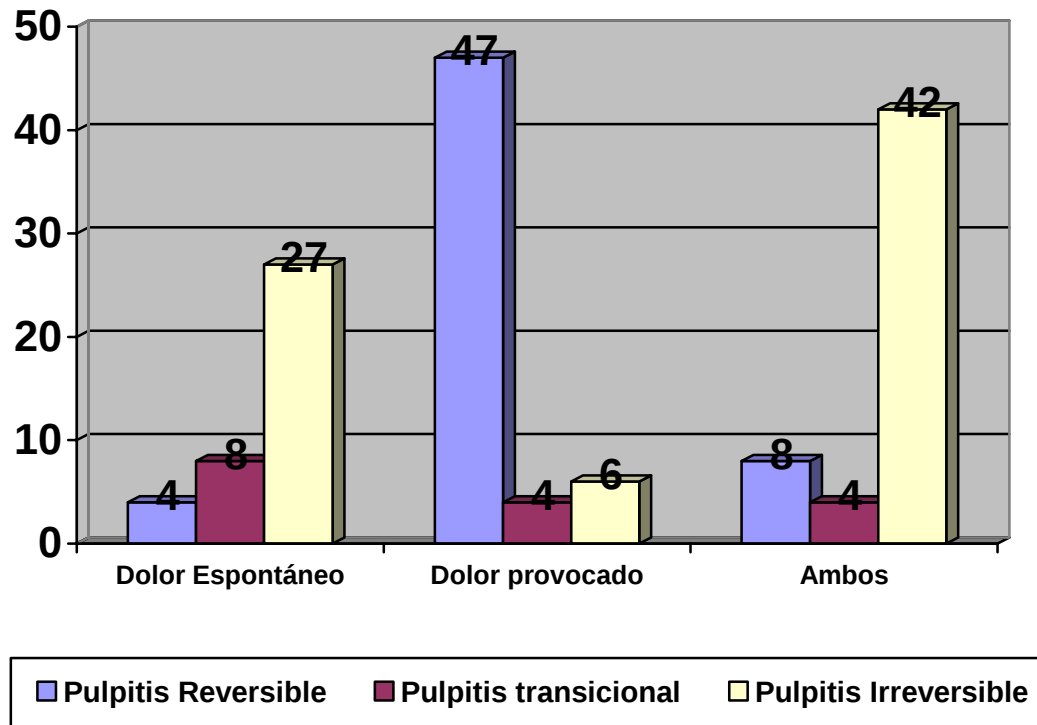
## ANEXOS



FUENTE: TABLA 1

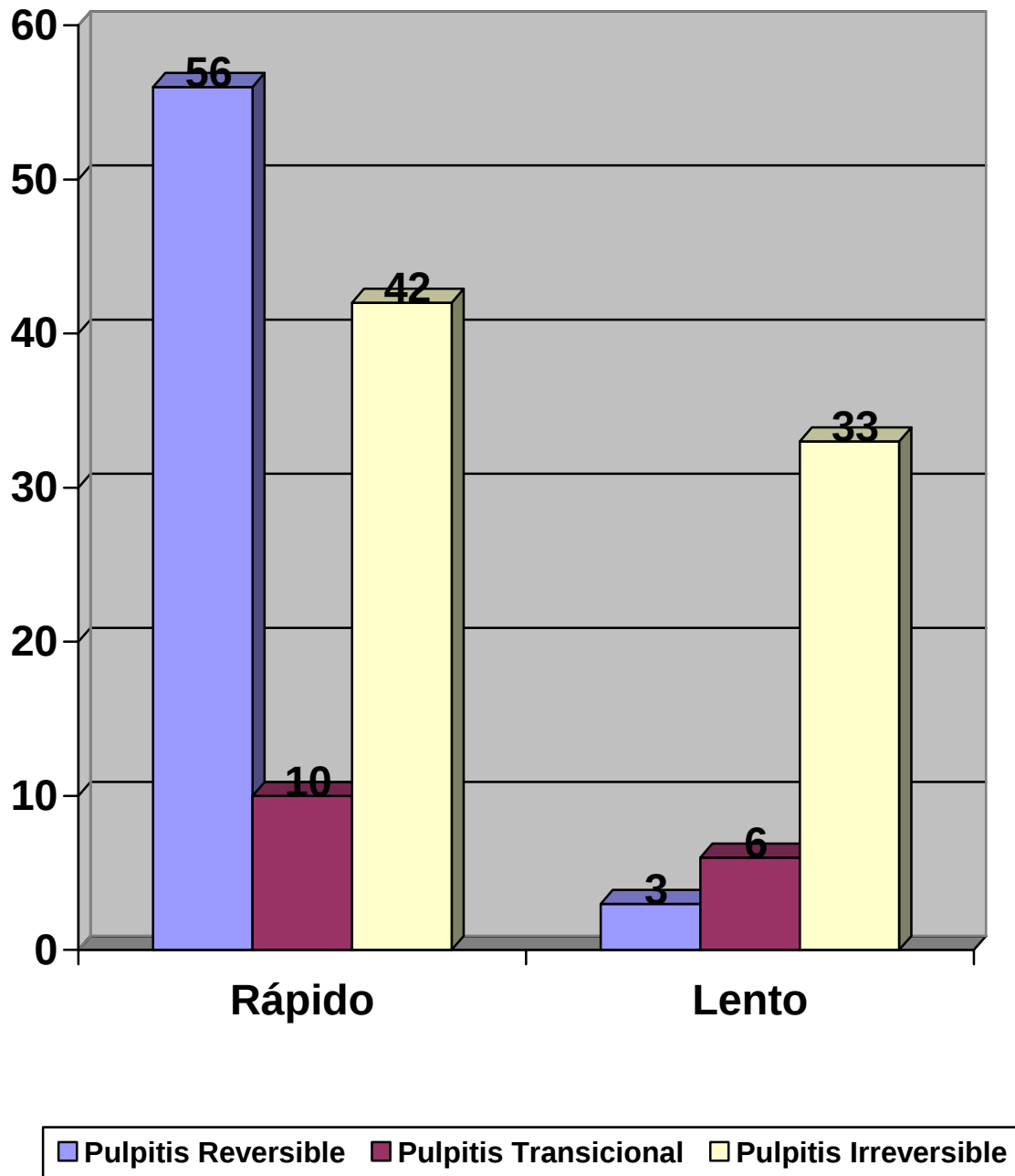
Gráfico No 2

## Tipos de Dolor según el tipo de pulpitis



FUENTE: TABLA 2

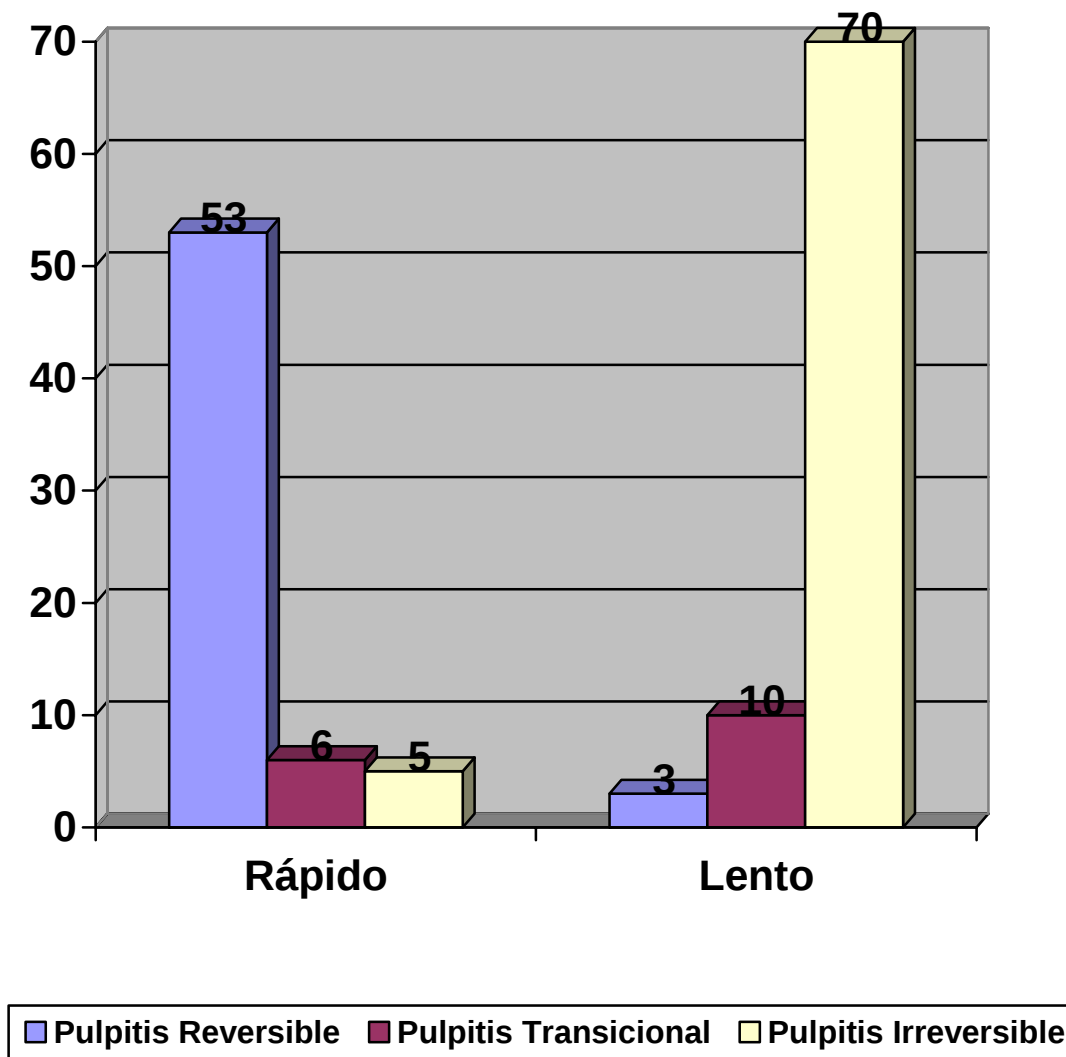
**Gráfico No 3**  
**Aparición del dolor según el tipo de pulpitis**



FUENTE: TABLA 3

Gráfico No 4

## Desaparición del dolor según el tipo de pulpitis



FUENTE: TABLA 4

## **CONDICIONES BUCALES EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL DEL IMSS.**

G Barrueco Noriega, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar N.38, Calle Parque España N.9 Col. Condesa C.P. 06400, México Distrito Federal, [sabarrueco@hotmail.com](mailto:sabarrueco@hotmail.com).

**RESUMEN:** Se realizó un estudio transversal observacional de las condiciones bucales de los adultos mayores, enfermedades crónico degenerativas y número de fármacos que consumían los adultos mayores de 60 años y más que acuden al servicio de estomatología de la una clínica de primer nivel del IMSS, con ayuda de la historia clínica médica y exploración bucal. **OBJETIVOS:** Identificar las principales patologías bucales, las patologías crónico degenerativas y número de fármacos que consumían al día los adultos mayores. **RESULTADOS:** Se revisaron 38 pacientes el 60.5% eran mujeres y 39.5% hombres, el promedio de edad fue de 70.4 años. De acuerdo a la salud bucal el promedio de CPOD fue de 23.87, presencia de gingivitis 68%, periodontopatías 39%, xerostomía 29%, estomatitis subprotésica 13.2% y síndrome de Sjogren 10%. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron HAS con 17 de casos, DM tipo 2 con 11 casos, insuficiencia venosa periférica 9 casos y presencia de cardiopatías en 8 pacientes, el 86% de la población tomaba 4 o más medicamentos al día.

**Palabras clave:** adultos mayores, diagnóstico clínico, condiciones bucales

### **INTRODUCCIÓN**

Debido a los grandes avances de la medicina y los cambios en la transición demográfica y epidemiológica el hombre vive más años, pero esto no quiere decir que el envejecimiento sea libre de patologías. En el año 2000 residían en México 6.9 millones de personas de 60 años o más, en 2030 serán 22.2 millones y se espera que para la mitad del siglo alcancen 36.2 millones, el 72 % de este incremento ocurrirá a partir del 2020<sup>1</sup>.

La importancia de conocer las principales enfermedades y condiciones de salud bucal de esta población que cada día es más numerosa es seguir por medio del proceso de diagnóstico una adecuada elaboración de historia clínica médica y dental, haciendo hincapié en los antecedentes personales patológicos y los fármacos ingeridos, puesto que en la mayoría de los casos afectan directamente la salud de la cavidad bucal o bien en base al conocimiento de la existencia de ciertas morbilidades se tomen las medidas adecuadas para evitar complicaciones en el estado de salud de esta población durante y después del tratamiento dental.

Por otro lado el aumento de los pacientes envejecidos ha ocasionado importantes consecuencias en el sistema de salud actual, las personas envejecidas suelen ser vulnerables y muy susceptibles a presentar complicaciones y un impacto negativo en su calidad de vida con sistemas de salud que funcionan mal. El envejecimiento propicia comorbilidad y manifestaciones atípicas de los problemas de salud que son mal entendidos o ni siquiera reconocidos lo que define como un paciente complejo muy propenso a la búsqueda de múltiples tratamientos y manejo por diferentes especialidades, lo que lleva a complicaciones como reacciones adversas secundarias a una prescripción inadecuada de múltiples fármacos, que cuando no son reconocidas pueden a su vez inducir a la prescripción de fármacos adicionales que a su vez lo condicionan a mayor comorbilidad, deterioro funcional y pérdida de la autonomía<sup>2</sup>.

## OBJETIVOS

Identificar las principales enfermedades bucales de los adultos mayores de una unidad de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Conocer las principales enfermedades sistémicas que padecen los adultos mayores de la clínica 38 del IMSS.

Conocer el número de fármacos que consumen al día los pacientes de sesenta años y más que acuden a la clínica del IMSS.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron 38 pacientes de sesenta años y más derechohabientes de la UMF N.38 del IMSS, se revisaron en el consultorio dental de la unidad. En primera instancia se recolectaron datos de historial médico por medio del ingreso al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) del IMSS ingresando al rubro de medicina familiar para averiguar la última consulta otorgada de cada paciente y conocer las principales enfermedades que padece así como el tratamiento farmacológico, también se interrogó al paciente para complementar la información, por último se revisó al paciente en el sillón dental y se exploró la cavidad bucal por medio de un equipo básico: espejo, pinzas de curación, explorador y excavador. Se recolectaron datos como edad, género, alergia a medicamentos, número de medicamentos que consumía, enfermedades que padecía, CPO-D, uso de prótesis bucal, presencia de gingivitis, presencia de periodontopatías y xerostomía. Posteriormente esta información se vació en una base de datos con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 18 en español, se analizaron las variables para obtener datos de frecuencias, porcentajes y promedios.

## RESULTADOS

De los 38 pacientes revisados en relación a las características socio-demográficas el 60.5% de esta población estuvo conformada por mujeres y 39.5% hombres, el promedio de edad fue de 70.4 años (Grafica 1).

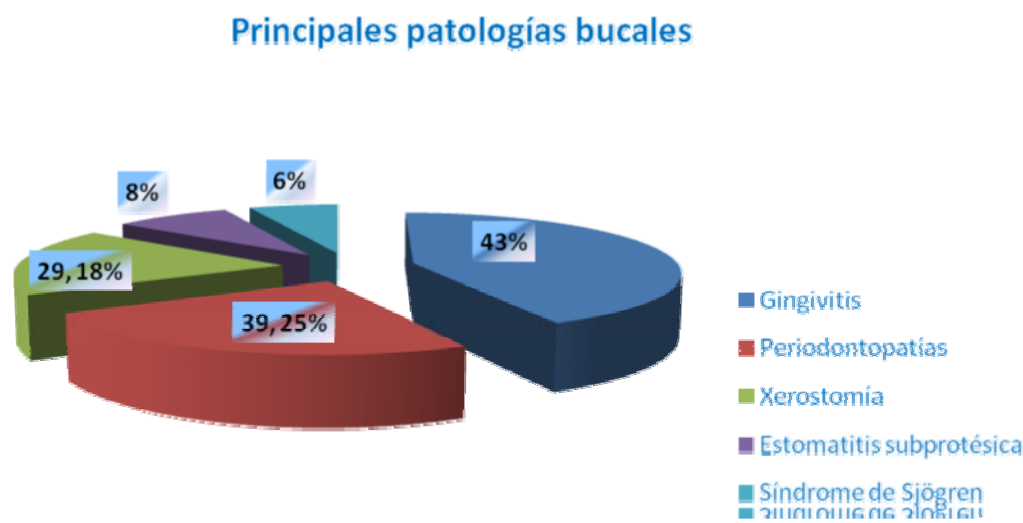
Grafica 1. Porcentaje de adultos mayores de acuerdo a género



Fuente: Directa Condiciones bucales en viejos que acuden a una clínica de primer nivel del IMSS

De acuerdo a la salud bucal el promedio de CPOD fue de 23.87, gingivitis 68%, periodontopatías 39%, presencia de xerostomía en 29% estomatitis subprotésica 13.2% y síndrome de Sjogren 10%. (Grafica 2).

Grafica 2. Principales patologías bucales en los adultos mayores.



Fuente: Directa Condiciones bucales en viejos que acuden a una clínica de primer nivel del IMSS

La movilidad dental se presentó en el 30% de los pacientes, el 47% si usaba prótesis removibles de las cuales 23% se encontraba en mal estado o desajustadas (Cuadro1).

Cuadro1. Porcentaje de movilidad dental, uso de prótesis removibles y prótesis ajustadas.

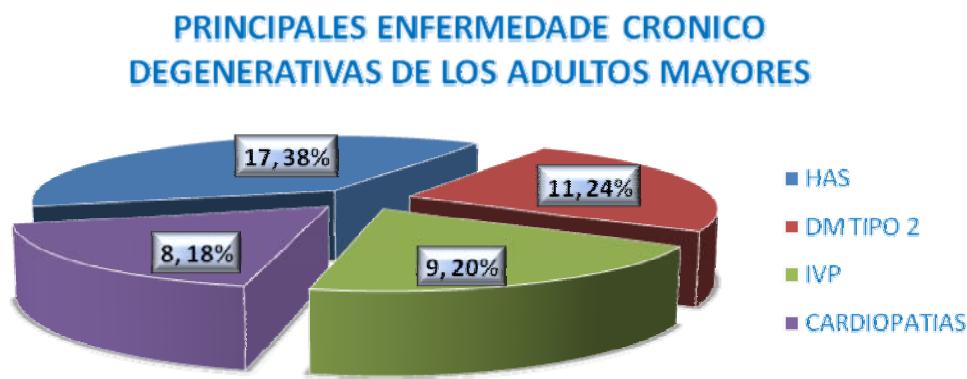
| Sí | No | Total |
|----|----|-------|
|----|----|-------|

|                          |     |     |      |
|--------------------------|-----|-----|------|
| <b>Movilidad dental</b>  | 30% | 70% | 100% |
| <b>Uso de prótesis</b>   | 47% | 53% | 100% |
| <b>R</b>                 |     |     |      |
| <b>Prótesis ajustada</b> | 77% | 23% | 100% |

Fuente: Directa Condiciones bucales en viejos que acuden a una clínica de primer nivel del IMSS

De acuerdo a las principales enfermedades crónicas los resultados mostraron que la hipertensión arterial sistémica se presentó en un 17.38%, seguida de diabetes mellitus tipo 2 con 11.24% insuficiencia venosa periférica en un 9.20% de los pacientes y cardiopatías en el 8.18%. (Grafica 3).

Grafica 3.Principales enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores.



Fuente: Directa Condiciones bucales en viejos que acuden a una clínica de primer nivel del IMSS

Por último de acuerdo al número de fármacos que consumían los adultos mayores al momento de la exploración el 13.2% consumía de 1 a 3 fármacos y el 86.8% consumían 4 o más medicamentos o sea presentaban polifarmacia, la media fue de 4.08 fármacos por paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Número de fármacos que consumen al día los adultos mayores.

| <b>Número de Medicamentos</b> | <b>Sí</b> |
|-------------------------------|-----------|
| <b>1 a 3</b>                  | 13.2%     |
| <b>4 o más</b>                | 86.8%     |
| <b>Total</b>                  | 100%      |

Fuente: Directa Condiciones bucales en viejos que acuden a una clínica de primer nivel del IMSS

## DISCUSIÓN

Las principales patologías encontradas en la cavidad bucal de los adultos mayores estudiados fueron las relacionadas a los tejidos blandos como la gingivitis y periodontopatías en un 40% aproximadamente, encontrando valores similares a los del estudio de Salvatela<sup>3</sup>. La xerostomía estuvo presente en un 29% coincidiendo con Formiga<sup>4</sup> quien destaca que la mayoría de la presencia de xerostomía en adultos mayores de 65 años es causada principalmente por el uso de fármacos. Otro resultados arrojados de este estudio es que en un 47% de estos pacientes presentó movilidad dental. El CPO-D encontrado fue muy similar a lo reportado por Cantú<sup>5</sup>.

De acuerdo al tipo de enfermedad sistémica la hipertensión arterial estuvo presente en casi el 50% de la población estudiada, encontrando resultados similares con Cantú<sup>5</sup>, seguida por diabetes mellitus tipo 2, sin embargo es importante mencionar que 1 de cada cuatro pacientes padece algún tipo de cardiopatía.

Por otra parte la polifarmacia estuvo presente casi en el 90% de los pacientes estos resultados son similares con lo encontrado en Medina<sup>2</sup> y Roisinblint<sup>6</sup>.

## CONCLUSIONES

En México los adultos de 60 años y más será la población más común en los consultorios médicos y dentales, desafortunadamente nuestro sistema de salud pública se encuentra muy lejos de la atención y cobertura deseable para esta población, tras

observar los resultados obtenidos los principales problemas bucales que fueron detectados son principalmente en tejidos blandos como la gingivitis, periodontopatías , xerostomía y movilidad dental problemas que a mediano o largo plazo tendrán como resultado la pérdida de los órganos dentarios. Es importante reforzar medidas preventivas en esta población.

La presencia de xerostomía estuvo presente en casi una tercera parte de esta población lo cual nos lleva a suponer que es el resultado de la polifarmacia, es necesario realizar estudios a futuro para precisar si existe o no una relación directa entre estos dos factores antes mencionados.

Por otra parte es preciso destacar que la comorbilidad y polimedicación son probablemente dos de las características principales de los mayores que les hace diferente en la atención medico dental.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.- Consejo Nacional de Población. El envejecimiento de la población en México. (publicación periódica en línea)2005 se consigue en:  
[URL:http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf).

2.- Medina Chávez J. Beneficio de la corrección de la polifarmacia en pacientes de edad avanzada, Análisis de casos (tesis de especialidad), Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado;Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos; Marzo, 2010.

3.- Salvatella Rosales A. Condiciones y lesiones orales en una población anciana institucionalizada de Castellón España (tesis doctoral). Universidad de granada España Facultad de odontología departamento de estomatología; Granada 2009.

4.- Formiga F, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Xerostomía en el paciente anciano. Rev Mult Gerontol 2003;13(1):24-28.

5.- Cantú P, Fuentes A. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes geriátricos que acuden a las clínicas de admisión y diagnóstico de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Concurso y encuentro estatal de salud; 2007 nov 21-23; Monterrey, N.L. México. Edición especial N.9-2008.

6.- Roisinblit R; Stranieri G. El anciano y los medicamentos primera parte; Rev Asoc Odontol.Argent 1999 mar-abr; vol(7).

## **“CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL DE ESCOLARES DE NIVEL PRIMARIO”.**

**Autor(es):**MSc Dra. Mildres Pausa Carmenate. \_Especialista 1º de Estomatología General Integral. Profesora Asistente del Dpto. de EGI. Facultad de Estomatología. País: Cuba. Dirección: Calle Línea No 810 APTO 6 entre 2 y 4.

Msc Dra. Margarita Suárez Hernández. Especialista 1º de Estomatología General Integral. Profesora instructora del Dpto. de EGI. Facultad de estomatología. País: Cuba. Dirección: Calle C No 505 APTO 5 entre 21 y 23.

### **Resumen:**

En el ámbito escolar la promoción de salud se divide en varias acciones entre ellas la Educación para la Salud. En Cuba como resultado del perfeccionamiento del Sistema Nacional de Educación se incrementan en los programas y planes de estudios a todos los niveles y tipos de enseñanzas la Educación para la Salud y dentro de ella la Salud Bucal. En nuestra investigación se realizó un estudio observacional, de corte transversal con el objetivo de Valorar el Nivel de Conocimiento de Salud Bucal, de los escolares del nivel primario de nuestro sistema de enseñanza. El universo quedó constituido por los 120 escolares del segundo ciclo del nivel primario de la Escuela Pedro Ulbizu Campos, del municipio Plaza de la Revolución. Para la identificación de las variables, se diseñó una encuesta según criterios de Promoción y Educación para la salud. El Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal de los escolares de 5to grado fue regular con un 79.3% (46). Por otra parte los escolares de 6to grado, se presentaron en un 51.6 %(32) con un Nivel Bueno. Como resultado principal de la investigación, se obtuvo que los escolares presentan un nivel medio de Conocimiento de Salud Bucal, no correspondiéndose los resultados con lo esperado, proponemos la realización de un proyecto de intervención para contribuir a establecer estilos de vida saludables y la adquisición de buenos hábitos higiénicos como uno de los factores primordiales para la creación de una cultura de salud bucal construida en el afecto, el ejemplo y la motivación.

**Palabras claves:** Salud Bucal. Salud Bucal en escolares. Promoción de salud

## Introducción.

En el desarrollo de la humanidad las sociedades han buscado disfrutar condiciones de vida propicias para ellas y las generaciones venideras; han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo a corrientes filosóficas, políticas, sociales, culturales y económicas<sup>1</sup>. Aún se continúa la búsqueda para lograr una mayor calidad de vida.

La promoción de salud propicia la oportunidad de proyectar la formación de recursos humanos hacia la realidad que están comprometidos a transformar. Los recursos humanos de salud en general y los de la salud bucal en particular, se definen e interpretan de diferentes modos de acuerdo a la naturaleza económica, política y cultural de cada región.

En el siglo pasado Milton Terris<sup>2</sup> retoma un concepto que desde el año 1945 ofrecía Henry E. Sigerist quien definió cuatro tareas básicas de la medicina que son: Promoción de salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación. Se plantea que la salud se promueve promocionando condiciones de vida decentes, condiciones de trabajo, educación, cultura física y forma de esparcimiento y descanso. Además decía; La promoción tiende evidentemente a prevenir la enfermedad.

Es interesante que desde 1942 se plantee como primera medida en un programa nacional de salud la educación gratuita de todas las personas, incluyendo la educación para la salud y en cuarto lugar la atención médica. Mucho antes que Lalonde<sup>3</sup> escribiera su importante documento sobre conceptos amplios del campo de la salud; donde se enfatiza que todos los esfuerzos por mejorar la salud se habían enfocado en la organización de la atención médica y sin embargo en las principales causas de enfermedad y muerte se identifican además otros componentes como son: estilos de vidas, insanos, biología humana y medio ambiente.

La promoción de salud en el ámbito escolar se ha dividido en tres acciones: Educación para la salud, ambientes saludables y servicios de salud y alimentación. En nuestro estudio estudiamos la promoción de salud en el ámbito escolar<sup>4</sup> se

plantea que el concepto de salud escolar va más allá de la Institución sanitaria y de los servicios de control, se cuenta con ocho elementos entre los que se encuentran la Educación Integral; que favorezca la autoestima y la capacidad de jóvenes de formar hábitos y estilo de vida saludables. La educación en salud basada en valores positivos que sean útiles en el futuro. Llevar a cabo actividad de promoción de salud que incluyan al personal docentes administrativo y poner a disposición de los estudiantes servicios de asesoramiento y apoyo social.

Uno de los factores más importantes para llevar a cabo una adecuada educación para la salud en las escuelas es la actualización y capacitación continua de los maestros, inspirando y fortaleciendo en ellos conocimientos, hábitos, capacidades y habilidades para que se desarrollen de forma efectiva los planes y programas de estudios<sup>5</sup>.

En la enseñanza primaria la variedad y la complejidad de dichos contenidos son grandes y se prefiere ser tratado por profesionales previamente capacitados en los temas.

En vista de la existencia de un sistema de capacitación para los maestros primarios, que permite el tratamiento de los temas de Promoción y Educación para la salud, incluyendo la salud bucal, en el ámbito escolar se plantea la necesidad de comprobar su funcionamiento.

Pretendemos con nuestra investigación valorar el nivel de conocimiento en cuanto a salud bucal presentan los escolares en el nivel primario de nuestro sistema de enseñanza.

### **Objetivos.**

Valorar el Nivel de Conocimiento de Salud Bucal, de los escolares del segundo ciclo de la enseñanza primaria.

### **Material y método.**

Se realizó una investigación observacional de corte transversal con el fin de Valorar el Nivel de Conocimiento de Salud bucal, de los escolares del segundo ciclo del nivel primario de nuestro sistema de enseñanza. El trabajo se realizó en un periodo comprendido entre enero y octubre del 2008.

Para la identificación de las variables del Nivel de Conocimiento adquirido por los escolares se realizó una encuesta auto-administrada; que se diseñó según criterios de Promoción y Educación para la Salud Bucal. Para la identificación de las variables de Conocimiento, se revisó el Programa de Asignaturas del nivel primario de nuestro sistema de enseñanza; con relación a la Salud Bucal, Proyectos de intervención en diferentes países y el Programa Nacional de Atención Estomatológica. Se realizó una actualizada revisión bibliográfica en relación a programas, proyectos y artículos que se refieran a diversas actividades educativas que se desarrollan con este grupo de edades. El universo estuvo constituido por los 120 escolares del segundo ciclo de la enseñanza primaria de la Escuela Pedro Ulbizú Campos, del municipio Plaza de la Revolución, perteneciente al área de salud de la Facultad de Estomatología y que recibe atención estomatológica en el departamento de Odontopediatría.

Se les explicó a los escolares implicados en el estudio de forma clara y sencilla las características y objetivos del mismo así como la utilidad que puede representar para su desarrollo; con el fin de obtener su consentimiento para la participación consciente y voluntaria en esta investigación, se confeccionó una planilla de consentimiento a colaborar con la investigación. La cual será firmada por el investigador y el colaborador. *Anexo 1.* Posteriormente se les aplicó la encuesta de Nivel de Conocimiento. *Anexo 2.* Las encuestas fueron calificadas después de su aplicación a través de la clave establecida para el efecto. *Anexo 3.* Dándole una calificación a cada pregunta según el peso que tenía cada una en el objetivo que se quería alcanzar, con una puntuación total de 100 puntos. Según la puntuación obtenida en las encuestas se agruparon los escolares encuestados por una escala que estableció el Nivel de Conocimiento que presentaron.

Los datos de la encuesta se procesaron en una base de datos en Excel, se utilizó como medida resumen el porcentaje y para la confección del informe final se utilizó el procesador de texto Word.

## **Resultados.**

**Valoración del Nivel de Conocimiento en cuanto a Salud Bucal en los escolares de 5to y 6to grado del nivel primario.**

Podemos observar el Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal de los escolares de 5to grado en la Tabla 1, que fue regular de forma general, con un 79.3% (46) de los mismos y de forma muy similar en ambos sexos. Solo el 4.5%(1) de los escolares y específicamente masculino presentó un Nivel Malo de Conocimiento.

**Tabla 1.** Distribución de los escolares de 5to grado, según el Nivel de Conocimiento de Salud Bucal y Sexo.

| Nivel de Conocimiento de Salud Bucal | Sexo      |      |          |      | Total |      |
|--------------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|                                      | Masculino |      | Femenino |      |       |      |
|                                      | No.       | %    | No.      | %    | No.   | %    |
| Bueno                                | 3         | 13.6 | 8        | 22.2 | 11    | 18.9 |
| Regular                              | 18        | 81.8 | 28       | 77.7 | 46    | 79.3 |
| Malo                                 | 1         | 4.5  | 0        | 0    | 1     | 1.8  |
| Total                                | 22        | 37.9 | 36       | 62.0 | 58    | 100  |

Por otra parte los escolares de 6to grado, Tabla 2, se presentaron en un 51.6 %(32) con un Nivel Bueno de Conocimiento sobre la Salud Bucal. En la distribución según el sexo es de destacar que el 64.7 %(22) de las femeninas presentaron un Nivel Bueno. Ningún escolar presentó un Nivel Malo de Conocimiento de Salud bucal.

**Tabla 2.** Distribución de los escolares de 6to grado, según el Nivel de Conocimiento de Salud Bucal y Sexo.

| Nivel de Conocimiento de Salud Bucal | Sexo      |      |          |      | Total |      |
|--------------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|                                      | Masculino |      | Femenino |      |       |      |
|                                      | No.       | %    | No.      | %    | No.   | %    |
| Bueno                                | 10        | 35.7 | 22       | 64.7 | 32    | 51.6 |
| Regular                              | 18        | 64.3 | 12       | 35.2 | 30    | 48.4 |
| Malo                                 | 0         | 0    | 0        | 0    | 0     | 0    |
| Total                                | 28        | 45.1 | 34       | 54.8 | 62    | 100  |

### **Variables que exploran el Nivel de conocimiento en cuanto a la Salud Bucal de los escolares.**

Las variables estudiadas para valorar el Nivel de Conocimiento que presentan los escolares acerca de la Salud Bucal, fueron ocho. En la Tabla 3 podemos apreciar, las que presentaron valores más significativos, las mismas, fueron respondidas afirmativamente por más del 90% de los escolares encuestados.

**Tabla 3.** Distribución de escolares según Conocimientos de Salud Bucal.

| <b>Conocimientos en relación a la Salud Bucal</b>                                | <b>Si</b>  |             | <b>No</b>  |             | <b>No sé</b> |             | <b>Total</b> |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|
|                                                                                  | <b>No.</b> | <b>%</b>    | <b>No.</b> | <b>%</b>    | <b>No.</b>   | <b>%</b>    | <b>No.</b>   | <b>%</b>   |
| <b>Consumo de dulces favorece la aparición de Caries Dental.</b>                 | <b>99</b>  | <b>82.5</b> | <b>12</b>  | <b>10</b>   | <b>9</b>     | <b>7.5</b>  | <b>120</b>   | <b>100</b> |
| <b>Es importante visitar al estomatólogo frecuentemente.</b>                     | <b>112</b> | <b>93.3</b> | <b>6</b>   | <b>5</b>    | <b>2</b>     | <b>1.6</b>  | <b>120</b>   | <b>100</b> |
| <b>Es importante el cepillado de tus dientes.</b>                                | <b>120</b> | <b>100</b>  | <b>0</b>   | <b>0</b>    | <b>0</b>     | <b>0</b>    | <b>120</b>   | <b>100</b> |
| <b>Para la limpieza de los dientes puede utilizarse algo más que el cepillo.</b> | <b>25</b>  | <b>20.8</b> | <b>82</b>  | <b>68.3</b> | <b>13</b>    | <b>10.8</b> | <b>120</b>   | <b>100</b> |
| <b>Conoces los buchitos de fluor.</b>                                            | <b>110</b> | <b>91.6</b> | <b>5</b>   | <b>4.7</b>  | <b>5</b>     | <b>4.7</b>  | <b>120</b>   | <b>100</b> |

En la pregunta que se refería, si el consumo de dulces favorece la aparición de la Caries Dental fue respondida con un 82.5%(99) de forma afirmativa. Entre 10%(12) y 7.5%(9), simplemente que no o no sabían.

Vemos que el 93.3% (112) reconocieron que la visita frecuentemente al estomatólogo es importante. De estos escolares, 24, refirieron que se debe visitar al estomatólogo 1 vez al año, para un 21.4%; solo 10 estudiantes manifestaron que debía ser dos veces al año, que es la variable que reconoce un mayor Nivel de Conocimiento sobre la importancia de visitar al estomatólogo frecuentemente, para un 8.9% y los últimos dos grupos, una vez a la semana y todas las semanas respondieron el mismo número de escolares, es decir 39, para un 34.8%.

El 100% de los escolares reconocen como importante el cepillado de los dientes. De ellos, el 45.8%(55) expresan que es importante el cepillado porque se evitan las Caries Dental, el 20.8% (25) creen que elimina el mal aliento, el 17.5% (21) piensa que influye el cepillado para tener una sonrisa bonita y por último creen que es por costumbre o porque la madre los obliga el 10%(12) y 5.8% (7) respectivamente.

Al preguntarle a los estudiantes si se puede utilizar algún medio auxiliar para la Higiene Bucal, solo el 20.8%(25) contestaron afirmativamente. 10 consideraban el agua como medio auxiliar, representando el 40%; 5 escolares el hilo dental, 5 los enjuagues bucales y 5 los palillos, los cuales representan el 20% respectivamente.

En cuanto a la interrogante de si conocen los buchitos de fluor, respondieron 110 afirmativamente, lo cual representa 91.6% del total de los escolares encuestados. Al preguntarles a estos qué importancia tenían para ellos; se arrojaron los siguientes resultados; el 60.9%(67) de los escolares, es decir más de la mitad, contestó que evitaban la Caries Dental, el 31.8% (35) expresaron que era por costumbre y solo al 7.2%(8) de los escolares no les preocupaba.

### **Discusión de los resultados.**

La Salud Bucodental es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas porque pueden llegar a menoscabar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental<sup>6, 7</sup>.

Un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de una enfermedad bucal. En nuestro país, la prevención de las enfermedades se comienza a ejecutar antes del nacimiento del niño. Durante el periodo de gestación de la madre, mediante la atención integral a la embarazada y la educación que se les ofrece sobre los cuidados que deberá proporcionarle a su hijo<sup>8, 9</sup>.

En nuestra investigación el Nivel de Conocimiento de Salud Bucal de los escolares del segundo ciclo del nivel primario de nuestro sistema, presentaron un Nivel Medio de Conocimiento, sin distinción significativa en cuanto al sexo. Determinando contrariamente a Mendoza Fernández<sup>10</sup> que estableció que en su muestra de estudio el nivel de conocimiento fue satisfactorio o bueno predominando ligeramente el sexo femenino, así como Pérez Navarro<sup>11</sup> en estudio realizado a alumnos de la enseñanza primaria en el municipio Melena del Sur el Nivel de Conocimiento se comportó en escala de regular y malo sin distinción en cuanto al sexo. Esto nos muestra que debemos profundizar aún más en las actividades educativas con este grupo estudiado, por lo que proponemos fortalecer el Programa de Salud Bucal.

Oizumi-Rotta<sup>12</sup>, después de 7 años de trabajo con un Programa Educativo llamado Brinqueodonto, estableció a través del mismo, hábitos saludables de higiene bucal y salud corporal en los niños. Contribuyendo así a lo largo de la vida escolar a que el niño esté adquiriendo conocimientos básicos de Salud.

Limonta Vidal<sup>13</sup>, realizó un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos del Centro Escolar Primario "26 de Julio", en Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1998, para lo cual se aplicó un cuestionario que tenía 20 preguntas relacionadas con la higiene bucal, Caries Dental, enfermedades de las encías, la dieta cariogénica, el uso del flúor y los hábitos bucales deformantes, que sirvió para valorar el nivel de información que poseían antes de la acción. Para lograr los objetivos trazados elaboró un programa educativo con técnicas educativas y afectivas participativas, complementadas con un juego llamado "Salud Bucal", como retroalimentación. La evaluación efectuada tres meses después reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación del conocimiento.

En cuanto a las variables estudiadas para determinar el Nivel de Conocimiento valoramos los hábitos alimenticios como una forma de comportamiento humano y dentro de ellos el consumo de alimentos azucarados que es el resultado de muchas influencias personales, culturales, sociales y psicológicas. El consumo de azúcar se encuentra asociado al afecto, lo cual ha contribuido a que se considere un alimento agradable al paladar y se aproveche esta preferencia humana a la hora de elegir un alimento. Esta preferencia parece deberse al impulso del hombre primitivo a creer que lo amargo es toxico y lo dulce no.

En el niño se toma lo dulce como cierta característica de recompensa, se emplea para sobornarlo, agasajarlo por un buen comportamiento o por lo contrario como castigo al privarlo de su consumo. Claro está, que no podemos olvidar que el azúcar, además de ser un producto "económico" proporciona en corto tiempo la energía necesaria para desarrollar trabajos que demanden desgaste físico. Es una de las causas por la que nuestra población, en general, tiene a los azúcares como uno de los alimentos indispensables para ser incluido en la canasta familiar, aunque muchas veces su poder energético enmascare reales deficiencias nutricionales<sup>14, 15</sup>. En nuestra investigación

reconocemos que aun existen escolares que no asocian el consumo de alimentos azucarados con la aparición de la Caries Dental.

Otra variable de conocimiento lo determinó el reconocimiento de la importancia del cepillado dental, como el medio por el cual se reduce la acumulación de Placa Dentobacteriana, esta remoción depende de la coordinación muscular, habilidad para entender las instrucciones y mejorar así las técnicas del cepillado que aseguren la limpieza de todas las superficies dentales<sup>16, 17</sup>.

Todos los escolares encuestados reconocen la importancia del cepillado de los dientes como un medio de prevención de la Caries Dental y otras enfermedades bucales. Pero existe un desconocimiento acerca de la frecuencia correcta y de los medios auxiliares para la Higiene Bucal. Contrario a Pérez Navarro, que más del 50% de sus escolares identifican el conocimiento y uso de medios auxiliares de Higiene Bucodental.

En nuestro estudio los escolares en un 40% reconocen como medio auxiliar importante del cepillado, el uso del agua. Reconociendo la existencia y uso de otros medios auxiliares como el hilo y palillos dentales en un 20%. Contrario a Pérez Navarro en su estudio del cual hemos hecho relación, que los escolares estudiados ven en un 76% la importancia del agua como medio auxiliar, sin embargo, existe un desconocimiento absoluto del uso de otros medios como el hilo dental que solo el 14% de los escolares lo conocen; así como el tiempo y frecuencia del cepillado como factor importante para el mismo.

Es significativo, además, que a pesar de que más de un 90% de los escolares reconozcan la visita al estomatólogo como primordial. Existe entre ellos imprecisión o desconocimiento de cuándo está indicada la visita al estomatólogo. Barella Balboa<sup>19</sup> en sus estudios reportaron que un alto índice de niños que realizan la visita al dentista se corresponde con la visita de sus padres al mismo, comparados con aquellos niños cuyos padres no visitan al dentista con fines preventivos.

El flúor es un elemento indispensable en la dieta diaria, su uso en la fluoración de las aguas potables es conocido. En Cuba se ha utilizado en algunas zonas del país como medio preventivo de la Caries Dental. También como preventivo de la Caries Dental en forma de fluoruro de sodio al 2%, se realizan aplicaciones tópicas y por medio de buchadas (buchitos) a todos los escolares durante determinados intervalos de tiempo<sup>20</sup>.

Los resultados del estudio se corresponden con el conocimiento y aceptación por parte de los escolares de estas acciones preventivas desarrolladas en conjunto por el sistema nacional de salud y educación.

Simultáneamente a otros autores vemos a la Familia, como el primer ambiente donde se desenvuelve el niño y la misma esta vinculada con la adquisición de los valores culturales, educacionales y de higiene, considerándola como la unidad básica de la sociedad. La relación padres-hijos evoluciona a través del desarrollo físico, intelectual, afectivo y moral del niño, permitiéndole elaborar su propia identidad. La conducta de los padres hacia los hijos es decisiva, el ejemplo es el mejor método educativo. Así mismo, diversos autores exponen que las madres sirven como el mejor modelo para transmitir correctos hábitos de Salud y de Salud Bucal a sus hijos. Investigadores en niños han demostrado el rol de la madre en la influencia del comportamiento adoptado por el niño con referente a su salud bucal. Rayne-Cohen<sup>21</sup> muestran la importancia del conocimiento que deba tener la madre de salud y dentro de ella, la Salud Bucal para transmitir no solo en el ejemplo sino además en la transmisión de hábitos saludables, convirtiéndole estos en factores determinantes de una buena salud.

La escuela puede enseñar sobre los buenos hábitos en salud, estimular a los niños para que conserven y repliquen estos hábitos del hogar, advertir acerca de los riesgos de imitar hábitos no saludables de los adultos y brindar a los escolares modelos alternativos de comportamiento saludable, los cuales pueden imitar y valorar.

En nuestro sistema educacional, se puede, ejercer una poderosa influencia sobre los alumnos y existe en nuestra sociedad, hasta cierto punto, la expectativa de que sea la escuela la que ponga al frente la defensa de ciertas actitudes y valores incluso aunque estos hayan sido abandonados aparentemente por la sociedad. Sin embargo, la escuela es solamente una influencia en el desarrollo de los estilos de vida saludables del individuo. Es necesario involucrar a la familia, a los maestros y auxiliares en la adquisición de buenos hábitos como uno de los factores primordiales para la creación de una cultura en Salud Bucal construida a partir del afecto, el ejemplo y la motivación hacia niño.

## **Conclusiones.**

Los escolares; del segundo ciclo de la enseñanza primaria de la Escuela Pedro Ulbizú Campos, del municipio Plaza de la Revolución, presentaron un Nivel medio de Conocimiento de Salud Bucal.

### **Recomendaciones.**

Proponemos la realización de un proyecto de intervención para contribuir a establecer estilos de vida saludables y la adquisición de buenos hábitos higiénicos.

### **Referencias bibliográficas.**

1. Castillo Acosta M, Toledo Curbelo G, Tejeiro Fernández A, Rodríguez Hernández P, Martínez Calvo S, González Ochoa A. En: Epidemiología Generalidades: Evolución histórica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1985.p.I
2. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud pública. En: Organización panamericana de la salud. Promoción de la salud: Una antología. Washington DC; 1998. p37-44(publicación científica No 557).
3. Lalonde M. El concepto de campo de la salud: Una perspectiva canadiense. En: Organización Panamericana de la salud; 1998.p. 3-5(publicación científica No 557).
4. Componentes educativos de los programas para la Promoción de salud en escolares. Revista Panamericana de la salud Pública. 1998; 2(3): 209-214.
5. De Roux, G.L. La prevención de comportamientos de riesgos y la promoción de estilo de vida saludable en el desarrollo de la salud. Revista Educación Médica. 1998; 28(2) p: 223-33.
6. Costa, M; López, E. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid. Pirámide.1996.
7. Rodríguez Calzadilla, A; Valiente Zaldívar, C. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. Rev Cubana estomatológica.1999;36(2):158-70
8. Tollendall, ME. Estomatología Preventiva y Abrangente, Pancast Editorial. Sao Paulo, 1999. p109-113.
9. Murria, JJ. Bases de Prevención de dolencias Bucales. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1ra Edición. Liuvra Editora Santos. Sao Paulo. 1999. p 85.
10. Mendoza Fenández, J.c. Relación entre conocimiento sobre higiene bucal y la eficacia del cepillado en escolares con los conocimientos de higiene de sus padres.

Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado de EGI. Ciudad de la Habana. 2002.

11. Pérez Navarro, N. Estrategia educativa sobre salud bucal en escolares de primaria del municipio Melena del Sur. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado de EGI. Ciudad de la Habana. 2005.
12. Oizumi, M; Rotta, T. Promoción de Salud bucal en escolares. Un nuevo campo de trabajo del dentista. JBP. V 1 (3).1998. p 7-8.
13. Limonta Vidal, E. Araujo Heredia, T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares. Clínica Estomatológica Provincial Docente. MEDISAN 2000; 4(3):9-15.
14. Barnes, DE. La salud bucodental en el año 2000. Revista Salud Mundial. OMS.sd.
15. Fortuna, M. El contenido transversal en la educación para la salud: diseño de la actividad pedagógica. Revista de Ciencias de la Educación. Madrid. 1998.
16. Bustos, D; Martínez, M; Murilo, M; Fonseca, M. Efectos sistémicos del azúcar refinado y aspectos socioeconómicos y culturales relacionados con su producción y consumo. Revista de la Facultad de odontología. Universidad Nacional de Colombia. s. d.
17. Walkman, H.B. Poor children remain poor. Journal of Dentistry for children.1998.pp358-61.
18. Navarro Nápoles J, Turcaz Castellanos IM, Abella Hernández N, Castilla Peralta M, Cuevas Gandaria MA. Instructivo de salud bucal para adultos del Consultorio Médico nr 17 del Reparto Sueño [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(1).
19. Barella Balboa, J.L; Mesa Gallardo, I; Cobeñada Manzorro, M; Pérez Milena, A. Leal Helmling, J; Jiménez Pulido, I. Estudio sobre la influencia a largo plazo de un programa de salud bucodental en escolares. Medicina de Familia. Andalucía 2000; 1-1: 47-54.
20. Alvarez. G. L: Glosario estomatológico cubano. Editorial Ciencias Médicas, 2006, Ciudad de la Habana.
21. Rayner J F, Cohen L K. School Dental Health Education. En Richards N D and Cohen L K eds. Social Sciences and Dentistry: A critical bibliography Vol. 1. Berlin: International Quintessence Publishing Group, 1971; 275-307

## **Anexos.**

### **Anexo 1. Consentimiento informado.**

Dentro del programa educacional de nuestro país se encuentra la promoción de salud como parte importante del desarrollo de los escolares desde su nivel primario. En nuestro trabajo queremos valorar como está el nivel de conocimiento en cuanto a la salud bucal. Necesitamos de su colaboración de forma sincera. Si ha entendido el propósito del estudio y desea colaborar con nosotros en el mismo quedaremos agradecidos. Yo \_\_\_\_\_, manifiesto mi disposición a participar en la investigación. Firma del colaborador.\_\_\_\_\_. Firma del investigador.\_\_\_\_\_.

### **Anexo 2. Encuesta de conocimiento de Salud Bucal.**

#### **Sección I. Características Demográficas.**

1. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_.
2. Grado que estás cursando. (1)Quinto grado. (2)Sexto grado.
3. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino.
4. Edad: (10 años (2) 11 años (3) 12 años.

#### **Sección II. Conocimiento.**

1. Crees tú que el consumo de dulces favorezca la aparición de la Caries Dental. (1) Sí. (2) No. (3) No sé.
2. Crees qué sea importante visitar al estomatólogo frecuentemente. (1) Sí. (2) No. (3) No sé. a) De tú respuesta ser afirmativa. Con qué frecuencia crees que sería correcto que fueras a las consultas. (1)Una vez al año. (2)Al menos dos veces al año. (3)Una vez al mes. (4)Todas las semanas.
3. Consideras importante el cepillado de tus dientes.(1) Sí. (2) No. (3) No sé. a) De tú respuesta ser afirmativa. Por qué consideras importante el cepillado de los dientes. (1)Se evitan la caries dental. (2) Se elimina el mal aliento. (3) Por costumbre. (4) Porque mi mamá me obliga. (5) Por tener una sonrisa más bonita. b) Con qué frecuencia tú crees debe realizarse el cepillado.(1) Una vez al día. (2) Dos veces al día. (3) Tres veces al día. (4) Cuatro veces al día. (5) Ninguna.
4. Según tus conocimientos para la limpieza de los dientes puede utilizarse algo más que el cepillo dental. (1) Sí. (2) No. (3) No sé. a) De tú repuesta ser afirmativa. Estos medios pueden ser. (1)Hilo dental. (2) Agua. (3) Enjuagues bucales. (4)Palillos.
5. Conoces los llamados buchitos. Que no son más que enjuagues de flúor. (1) Si. (2) No. (3) No sé. a) De tú respuesta ser afirmativa. Qué importancia crees que tengan. (1) Por costumbre en la escuela. (2)Porque sirven para evitar las caries. (3) Nunca me he preocupado por saber para qué son.
6. Si tuvieras un diente enfermo en tú opinión que debería hacerse. (1) Sacarlo. (2) Arreglarlo. (3) No sé.

7. Sabes qué pudiera ocasionar que un niño se chupe el dedo. (1)Que sus dientes se deformen. (2) Que se pueda ver feo. (3)Nada.

8. De los hábitos que te vamos a relacionar identifique cuáles cree que sean perjudiciales para la salud bucal. (1) No cepillarse los dientes. (2) Morderse las uñas. (3) Comer dulces por las noches. (4) Chuparse los dedos. (5) Tomar leche en biberón.

### **Anexo 3. Clave de calificación de la encuesta.**

| N | Descripción                                                                                         | Pt | Tota |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| o |                                                                                                     |    | I    |
| 1 | 1.1 Si responde afirmativamente que el consumo de dulces favorece la aparición de Caries dental.    | 10 | 10   |
|   | 1.2 Si responde negativamente que el consumo de dulces favorece la aparición de caries.             | 0  |      |
|   | 1.3 Si responde que no sabe que el consumo de dulces favorece la aparición de Caries dental.        | 0  |      |
| 2 | 2.1 Si considera importante la visita al estomatólogo.                                              | 10 | 15   |
|   | 2.2 Si no considera importante la visita al estomatólogo.                                           | 0  |      |
|   | 2.3 Si no sabe considerar importante la visita del estomatólogo.                                    | 0  |      |
|   | 2.a.1 Si considera importante la visita al estomatólogo.<br>Una vez al año                          | 0  |      |
|   | 2.a.2 Si considera importante la visita al estomatólogo al menos dos veces al año.                  | 5  |      |
|   | 2.a.3 Si considera importante la visita al estomatólogo una vez al mes.                             | 0  |      |
|   | 2.a.4 Si considera importante la visita al estomatólogo todas las semana.                           | 0  |      |
| 3 | 3.1 Si considera importante cepillarse los dientes.                                                 | 10 | 15   |
|   | 3.2 Si no considera importante cepillarse los dientes.                                              | 0  |      |
|   | 3.3 Si no sabe si considerar importante cepillarse los dientes.                                     | 0  |      |
|   | 3.a.1 Si considera importante que cepillarse los dientes evita las Caries dental.                   | 2  |      |
|   | 3.a.2 Si considera importante que cepillarse los dientes elimina el mal aliento.                    | 2  |      |
|   | 3.a.3 Si considera importante que cepillarse los dientes debe ser por costumbre.                    | 0  |      |
|   | 3.a.4 Si considera importante que cepillarse los dientes porque su mamá lo obliga.                  | 0  |      |
|   | 3.a.5 Si considera importante que cepillarse los dientes para tener una sonrisa bonita y saludable. | 1  |      |
|   | 3.b.1 Si la frecuencia con que se cepilla los dientes es de una vez al día.                         | 0  |      |
|   | 3.b.2 Si la frecuencia con que se cepilla los dientes es de dos veces al día.                       | 2  |      |

|   |       |                                                                                              |    |    |
|---|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
|   | 3.b.3 | Si la frecuencia con que se cepilla los dientes es de tres veces al día.                     | 4  |    |
|   | 3.b.4 | Si la frecuencia con que se cepilla los dientes es de cuatro veces al día.                   | 5  |    |
| 4 | 4.1   | Si considera que existen otros métodos para la limpieza de la boca.                          | 10 | 15 |
|   | 4.2   | Si no considera que existan otros métodos para la limpieza de la boca.                       | 0  |    |
|   | 4.3   | Si no sabe que existan otros métodos para la limpieza de la boca                             | 0  |    |
|   | 4.a.1 | Si considera que el hilo dental es un método más para la limpieza de la boca.                | 2  |    |
|   | 4.a.2 | Si considera que el agua es un método más para la limpieza de la boca.                       | 0  |    |
|   | 4.a.3 | Si considera que los enjuagues bucales son un método más para la limpieza de la boca.        | 2  |    |
|   | 4.a.4 | Si considera que los palillos son un método más para la limpieza de la boca.                 | 1  |    |
| 5 | 5.1   | Si contesta afirmativamente que conoce de los llamados buchitos                              | 10 | 15 |
|   | 5.2   | Si contesta negativamente que conoce de los llamados buchitos.                               | 0  |    |
|   | 5.a.1 | Si cree que es importante la aplicación de los buchitos por costumbre en la escuela.         | 0  |    |
|   | 5.a.2 | Si cree que es importante la aplicación de los buchitos porque sirve para evitar las caries. | 5  |    |
|   | 5.a.3 | Si nunca si ha preocupado por la importancia de la aplicación de los buchitos.               | 0  |    |
| 6 | 6.1.1 | Si refiere que de tener un diente enfermo se lo sacara.                                      | 0  | 5  |
|   | 6.1.2 | Si refiere que de tener un diente enfermo se lo arreglaría.                                  | 5  |    |
|   | 6.2.1 | Si refiere que no sabe de tener un diente enfermo que haría.                                 | 0  |    |
| 7 | 7.1   | Si sabe que el Chupeteo del dedo puede deformar los dientes.                                 | 10 | 15 |
|   | 7.2   | Si sabe que pude verse feo                                                                   | 5  |    |
|   | 7.3   | Si no sabe que puede ocasionar el Chupeteo del dedo.                                         | 0  |    |
| 8 | 8.1   | Si considera el hábito de no cepillarse la boca como perjudicial para la salud bucal.        | 2  | 10 |
|   | 8.2   | Si considera el hábito de comerse las uñas como perjudicial para la salud bucal.             | 2  |    |
|   | 8.3   | Si considera el hábito de comer dulces por las noches como perjudicial para la salud bucal.  | 2  |    |

- 8.4 Si considera el hábito de chuparse los dedos como perjudicial para la 2 salud bucal.
- 8.5 Si considera el hábito de tomar leche en biberón como perjudicial 2 para la salud bucal.

100

**Escala de calificación de la encuesta.**

Sección. Conocimiento.

|         |        |
|---------|--------|
| Bueno   | 70-100 |
| Regular | 36-69  |
| Malo    | 0-35   |

# **CONOCIMIENTOS SOBRE LAS LESIONES ENDOPERIODONTALES DEL ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL. MUNICIPIO HABANA VIEJA .2007-2008.**

Autores: MSc. Dra. M. Z. Masó Galán\*, MSc. Dra. E. T. Castañer Roch\*, Dra. D. T. Maso Galán\*\*

\*Universidad de Ciencias Medicas de la Habana. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez. Ciudad de la Habana, Cuba.

\*\*Clínica Estomatologica Hermanos Gómez, Ciudad de la Habana. Cuba

## **Resumen**

Se realizó una investigación descriptiva transversal, para indagar sobre el nivel de conocimientos acerca de las lesiones endoperiodontales que poseen especialistas en Estomatología General Integral del municipio Habana Vieja, formados por diferentes programas de estudio de la especialidad. Las lesiones endoperiodontales están incluidas en las ciencias que estudian el endodonto y el parodonto, y son múltiples las causas que las provocan. Existe un desconocimiento sobre estas afecciones lo que nos motivó a realizar un estudio acerca del tema en los especialistas de Estomatología General Integral, del municipio Habana Vieja en el período de 2008-2009. Para medir los conocimientos sobre las lesiones endoperiodontales se aplicó una encuesta con 10 preguntas, y se utilizaron los criterios de conocen y desconocen para evaluar las respuestas según su calidad. Un 80 % o más de respuestas calificadas como “conocen” determinaban el criterio de satisfactorio. Se aplicó el método de David Leyva para determinar las necesidades de aprendizaje en la totalidad de los especialistas. Predominaron en la totalidad de la muestra, las respuestas evaluadas como “desconocen”, a expensas fundamentalmente de las respuestas de la segunda versión que determinó que el nivel de conocimiento fue prevalecientemente insatisfactorio. Ninguno de los encuestados las desconocían en su totalidad, un profesional logró responder correctamente todas las preguntas. En general los especialistas graduados por la primera versión obtuvieron mejores resultados en las encuestas.

**Palabras clave:** lesión endoperiodontal, estomatología general, conocimientos

## **Introducción:**

El especialista de Estomatología General Integral es un profesional de perfil amplio preparado para garantizar atención estomatológica integral en el nivel primario de salud, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de forma continua y sistemática, junto al resto del equipo de salud del cual es parte integrante, cuya finalidad es incrementar el nivel de salud de una población delimitada. De esto se deriva la comunicación constante entre estomatólogo y comunidad para garantizar la salud de esta población. <sup>(1)</sup>

La estrecha relación entre la universidad y los servicios de salud y la sociedad como un todo, hace que el profesional que egresa del recinto universitario, garantice una mayor profundización y prioridad en estas acciones y la aplicación del enfoque clínico, epidemiológico y social en la salud del individuo, la familia y la comunidad. Para lograrlo se hace necesario realizar periódicamente el perfeccionamiento en los programas curriculares de pregrado y postgrado de forma general, con la adecuación científica actualizada en todas las disciplinas. <sup>(2)</sup>

Para apoyar estos fines se han aplicado varios programas de estudio para los residentes de la especialidad de Estomatología General Integral siempre con la idea de integrar cada vez más las diferentes materias que la abarcan para garantizar mejor preparación de los estomatólogos. El paciente recibe beneficios no solo con el tratamiento que recibe, sino también con la conducta del mismo, y la actitud de éste hacia la prevención de las distintas enfermedades. <sup>(3)</sup>

Uno de los aspectos que mas afecta la mortalidad dentaria está relacionado con las lesiones endoperiodontales que no son mas que las lesiones resultantes de la interacción entre la enfermedad pulpar y periodontal (en lo adelante LEP); término usado por primera vez en 1964 a proposición de Simring y Goldberg <sup>(4)</sup>.

Las lesiones endoperiodontales constituyen un problema de salud que trae consigo, que el 42 por ciento de los dientes afectados por esas lesiones fueron extraídos, a partir de entonces y como parte de la observación directa en mi desempeño docente y asistencial, así como mi interés personal sobre la temática me he percatado que con relativa frecuencia muchas especialidades en Estomatología General Integral no establecen la terapéutica adecuada para estas lesiones condenando al diente, en

algunas ocasiones, a la extracción dentaria<sup>(5y6)</sup> ¿Qué conocimientos poseen los estomatólogos generales integrales sobre las lesiones endoperiodontales? ¿Existe alguna relación entre la experiencia profesional, el plan de estudios empleado en su formación como especialistas y los conocimientos que tienen nuestros los estomatólogos generales integrales sobre el tema? Para dar una respuesta veraz a nuestras interrogantes es que hemos desarrollado de esta investigación.

**Objetivo:**

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre las lesiones endoperiodontales, en los especialistas de Estomatología General Integral, del municipio Habana Vieja en el período de 2008-2009, según planes de estudio de la especialidad.

**Material y método**

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el propósito de determinar los conocimientos que poseen los especialistas en Estomatología General Integral, acerca de las lesiones endoperiodontales, del municipio Habana vieja durante el periodo 2008-2009. El universo estuvo constituido por 37 profesionales de Estomatología General Integral graduados como especialistas entre los años 2001-2006, pertenecientes a los servicios estomatológicos del municipio Habana Vieja, de ambos sexos; los cuales fueron agrupados de acuerdo a los programas de estudio que permitieron su formación.

Operacionalización de variables:

Las variables que se aplicaron en el estudio dieron respuestas a las interrogantes relacionadas con la investigación, las cuales aparecen reflejadas en los resultados.

---

---

**Resultados:**

---

**Tabla 1:** Distribución de los estomatólogos según los conocimientos de vías anatómicas de comunicación y Programa de estudio. Municipio Habana Vieja.

| Vías<br>De<br>Comunicación | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |      |
|----------------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|------|
|                            | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                            | No                  | %   | No             | %    | No    | %    |
| Conocen                    | 4                   | 100 | 21             | 63.6 | 25    | 67.6 |
| Desconocen                 | —                   | —   | 12             | 36.4 | 12    | 32.4 |
| <b>TOTAL</b>               | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100  |

El conocimiento que poseen los estomatólogos de las vías anatómicas de acuerdo a su programa de estudio, se aprecia en la tabla 1, donde los mayores porcentajes correspondieron a la categoría que refleja el conocimiento para los dos programas de estudios. El 100% de los estomatólogos graduados en la primera versión dominan las vías anatómicas de comunicación entre la pulpa y el periodonto. En la segunda versión este conocimiento ocupa el 63.6% de especialistas.

**Tabla 2:** Distribución de los estomatólogos según conocimientos sobre origen de la lesión endoperiodontal y Programa de estudio. Municipio Habana Vieja.

| Origen<br>De la<br>Lesión | PROGRAMA DE ESTUDIO |    |                |      |       |      |
|---------------------------|---------------------|----|----------------|------|-------|------|
|                           | 1ra<br>versión      |    | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                           | No                  | %  | No             | %    | No    | %    |
| Conocen                   | 1                   | 25 | 5              | 15,2 | 6     | 16.2 |

|              |   |     |    |      |    |      |
|--------------|---|-----|----|------|----|------|
| Desconocen   | 3 | 75  | 28 | 84.8 | 31 | 83.8 |
| <b>TOTAL</b> | 4 | 100 | 33 | 100  | 37 | 100  |

Los conocimientos sobre el origen de la lesión endoperiodontal se comportaron según muestra la tabla 2. Los porcentajes de la totalidad de estomatólogos que demostraron conocimiento (16.2%) estuvieron por debajo de los que no lo tenían (83.8%). Los graduados en la primera versión mostraron un mejor conocimiento con un 25 %, con respecto al 5% de desconocimiento acerca del origen de estas lesiones.

**Tabla 3:** Distribución de especialistas de EGI según conocimientos de los medios de diagnóstico de la lesión endoperiodontal y Programa de estudio. Municipio Habana Vieja.

| Medios<br>De<br>Diagnóstico | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |      |
|-----------------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|------|
|                             | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                             | No                  | %   | No             | %    | No    | %    |
| Conocen                     | 3                   | 75  | 9              | 27.3 | 12    | 32.4 |
| Desconocen                  | 1                   | 25  | 24             | 72.7 | 25    | 67.6 |
| <b>TOTAL</b>                | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100  |

La *tabla 3* muestra el resultado del conocimiento sobre los medios auxiliares de diagnóstico. El 32.4 % de los encuestados dominaban el contenido indagado, mientras el 67.6 % lo desconocía. Los especialistas de EGI del programa de primera versión demostraron conocimientos con un 75%, lo que hizo de este programa de estudio el más favorecido. Para la segunda versión no resultó así ya que solo el 27.3% dominaba estos medios auxiliares.

**Tabla 4:** Distribución de especialistas de EGI, según conocimientos de las iatrogenias relacionadas con la lesión endoperiodontal y Programa de estudio. Municipio Habana Vieja.

| NIVEL DE<br>CONOCIMIENTO<br>DE<br>IATROGENIAS | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |     |
|-----------------------------------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|-----|
|                                               | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |     |
|                                               | No                  | %   | No             | %    | No    | %   |
| Conocen                                       | 3                   | 75  | 7              | 21.2 | 10    | 27  |
| Desconocen                                    | 1                   | 25  | 26             | 78.8 | 27    | 73  |
| <b>TOTAL</b>                                  | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100 |

En la **Tabla 4** se relaciona el comportamiento del dominio de las iatrogenias y su relación con los programas de estudio. La mayoría de los especialistas en EGI, mostraron desconocer las iatrogenias relacionadas con estas lesiones (73%). Los especialistas de la primera versión mostraron un 75 % de conocimiento y es este un resultado mas favorable si lo comparamos con el 78.8 % de los de la segunda versión que no lo reconocen.

**Tabla 5:** Distribución de especialistas de EGI, según conocimientos sobre el origen periodontal de la lesión endoperiodontal y Programa de estudio. Municipio Habana Vieja.

| ORIGEN<br>PERIODONTAL | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |      |
|-----------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|------|
|                       | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                       | No                  | %   | No             | %    | No    | %    |
| Conocen               | 2                   | 50  | 4              | 12.1 | 6     | 16.2 |
| Desconocen            | 2                   | 50  | 29             | 87.9 | 31    | 83.8 |
| <b>TOTAL</b>          | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100  |

La

tabla

5 muestra el dominio de los encuestados sobre la forma en que el periodonto afecta la pulpa. Los resultados evidencian igual porcentaje en los especialistas graduados en la primera versión, no sucediendo así en la segunda versión donde existe una marcada diferencia entre los que conocen cómo se produce esta afectación (12.1%) y los que lo desconocen (87.9).

**Tabla 6:** Distribución de especialistas de EGI, según conocimientos sobre el origen endodóntico de las lesiones endoperiodontales y Programa de estudio Municipio Habana Vieja.

| ORIGEN<br>ENDODÓNTICO | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |      |
|-----------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|------|
|                       | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                       | No                  | %   | No             | %    | No    | %    |
| Conocen               | 2                   | 50  | 7              | 21.2 | 9     | 24.3 |
| Desconocen            | 2                   | 50  | 26             | 78.8 | 28    | 75.7 |
| <b>TOTAL</b>          | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100  |

La *tabla 6* describe el origen endodóntico de las lesiones endoperiodontales y aquí podemos ver como también se mantiene igual el nivel de conocimiento sobre este origen en los especialistas de la primera versión; sin embargo en la segunda versión hay también una diferencia significativa entre los que conocen (21.2 %) y los que desconocen (78.8%). En total de los 37 especialistas encuestados sólo el 24.3% manifestó el conocimiento.

**Tabla 7:** Distribución de especialistas de EGI, según conocimiento de signos y síntomas y Programa de Estudio. Municipio Habana Vieja.

| CONOCIMIENTOS<br>SIGNOS / SÍNTOMAS | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |      |
|------------------------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|------|
|                                    | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                                    | No                  | %   | No             | %    | No    | %    |
| Conocen                            | 4                   | 100 | 11             | 33.3 | 15    | 40.5 |
| Desconocen                         | —                   | —   | 22             | 66.7 | 22    | 59.5 |
| <b>TOTAL</b>                       | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100  |

Los conocimientos sobre los signos y síntomas de la lesión endoperiodontal de los encuestados según programas de estudio se muestran en el *Tabla 7*. El 100% de los estomatólogos encuestados graduados en la primera versión manifestaron conocer estos síntomas y signos .En la segunda versión se comportó de la siguiente manera, el 66.7 %, lo desconoce, mientras que el 33,3% si reconoce estos signos y síntomas. El 40,5% de la totalidad de los encuestados representada por 37 EGI llenaron las expectativas del conocimiento, por ciento éste que se eleva un poco con las respuestas positivas dadas por los graduados en la primera versión

**Tabla 8:** Distribución de especialistas de EGI, según conocimientos del tratamiento de las lesiones endoperiodontales y Programa de estudio. Municipio Habana Vieja.

| TTO<br>DE LAS<br>LESIONES<br>ENDOPERIODONTALES | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |      |       |      |
|------------------------------------------------|---------------------|-----|----------------|------|-------|------|
|                                                | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |      | Total |      |
|                                                | No                  | %   | No             | %    | No    | %    |
| Conocen                                        | 3                   | 75  | 31             | 93.9 | 34    | 91.8 |
| Desconocen                                     | 1                   | 25  | 2              | 6.1  | 3     | 8.1  |
| <b>TOTAL</b>                                   | 4                   | 100 | 33             | 100  | 37    | 100  |

El conocimiento que poseen los estomatólogos sobre el tratamiento de las lesiones endoperiodontales según plan de estudios se muestra en el *tabla 8*. Un total de 34 graduados para un 91.9% demostraron no conocer la terapéutica, el restante 8.1% representado por 3 profesionales mostraron dominio del tema.

**Tabla 9:** Distribución de especialistas de EGI, según programa de estudios y nivel de conocimiento. Municipio Habana Vieja.

| NIVEL<br>DE<br>CONOCIMIENTO | PROGRAMA DE ESTUDIO |     |                |     |       |     |
|-----------------------------|---------------------|-----|----------------|-----|-------|-----|
|                             | 1ra<br>versión      |     | 2da<br>versión |     | Total |     |
|                             | No                  | %   | No             | %   | No    | %   |
| Satisfactorio               | 3                   | 75  | 4              | 12  | 7     | 19  |
| Insatisfactorio             | 1                   | 25  | 29             | 88  | 30    | 81  |
| <b>TOTAL</b>                | 4                   | 100 | 33             | 100 | 37    | 100 |

Como apreciamos en la **Tabla 9**, el nivel de conocimiento de los estomatólogos que obtuvieron un grado satisfactorio en la primera versión de la formación que le dio origen fue de un 75%, mientras que los formados en la segunda fue de 12%. Para el desconocimiento la primera versión tuvo un 25% y la segunda un 88%. Evidentemente la primera versión esta mejor influenciada por la vinculación a tiempo completo a la

actividad teórica que hace que tenga más oportunidad de contactar con casos relacionados con lesiones endoperiodontales.

---

## Discusión

Según el resultado de la **tabla 1** Este contenido es impartido durante los primeros años de la carrera de estomatología y de nuevo reforzado en el módulo de Endodoncia de la especialidad tanto en la primera versión como en la segunda <sup>(7)</sup>.

Teniendo en cuenta lo mostrado en la **tabla 2**, la ausencia de este contenido en los planes de estudio <sup>(8)</sup>, los resultados que mostramos en cuanto al desconocimiento, son aceptables. Consideramos que dos razones pueden motivar las cifras de estomatólogos que conocen este origen. Una de las razones está basada en los términos con que la literatura define a la afección en estudio, que permite al pensamiento lógico acertar en la respuesta. La otra razón esta relacionada con la posible experiencia clínica del encuestado que pudiera a través del tiempo de práctica profesional, haber adquirido información sobre esta temática.

Por lo observado en la **tabla 3**, revisando los programas de formación como especialistas <sup>(9)</sup> en las dos versiones aseguramos que estos medios son utilizados pero quizás no con el fin específico de completar un diagnóstico del síndrome endoperiodontal, sino de manera separada para las lesiones pulpares y periodontales. Pensamos que es importante también señalar el aspecto del desconocimiento del término de cateterismo fistular como uno de los medios de diagnostico de estas lesiones a pesar de que ese término, se maneja en la literatura medica internacional con bastante frecuencia. Este medio, que determina el origen endodóntico o periodóntico de la fístula, según criterios de los expertos de consulta, es uno de los medios menos usado en la clínica y por ende el menos conocido por nuestros residentes desde el punto de vista de conocimiento y de habilidad.

Según la **tabla 4**, as iatrogenias son tratadas durante las rotaciones que hace el residente en los diferentes módulos de prótesis, endodoncia y periodoncia pero no comprometiéndola como una forma de agresión a los tejidos vecinos que pueda dar origen a las lesiones endoperiodontales, de esta forma la asociación del contenido indagado no resulto favorecedora al conocimiento. <sup>(10)</sup>

La experiencia profesional propia, o adquirida a través de experiencias ajenas, pudo haber influido positivamente en los resultados obtenidos a favor de este conocimiento en aquellos que lograron acierto en esta pregunta. Los desaciertos en ella son poco comprensibles ya que todos los acápites interrogados, exceptuando el raspado y alisado traumático, se corresponden con contenidos y habilidades que se desarrollan durante su formación en endodoncia y que son bien definidos y manejados durante la especialidad.

Por lo obtenido en la **tabla 5**, aunque en ambos programas de la residencia, está concebido un módulo de Periodoncia parece ser que no se profundiza en los elementos de origen periodontal y al no hacerlo no se establece correctamente la relación que existe a menudo entre ambas afecciones (pulpares y periodontales).

La asistencia al salón de Periodoncia para realizar tratamientos quirúrgicos o para observar los procedimientos que se siguen con las bolsas periodontales es imprescindible para relacionar éstos con la lesión que se puede producir en los tejidos pulpares. Antes de llegar al tratamiento es necesario el acertado diagnóstico de estas bolsas, como elemento presente en toda lesión endoperiodontal. La superación del especialista de EGI a través de la literatura científica aumentaría en conocimiento de este aspecto. Es importante recordar que el diagnóstico de las bolsas periodontales es competencia del EGI. <sup>(11)</sup>

Este resultado de la **tabla 6** es algo inesperado teniendo en cuenta que la Endodoncia, como rama de la Operatoria técnica y clínica, es uno de los temas mas abordados por el estomatólogo general integral, en ambos programas de la especialidad aparece como parte obligada del contenido, que se pone en práctica de forma reforzada a través de un sistema de habilidades y de cotidiano quehacer en la atención primaria por ser las enfermedades endodónticas las más frecuentes, y si agregamos además que la temática es abordada muy frecuentemente en la literatura científica. Es un tema que constantemente se actualiza mediante cursos de postgrado e intercambios con profesionales internacionales; la relación se ve quizás más al periodonto apical y las necrosis aunque este es una parte del problema, y no se establecen nexos sobre todo en endodoncia con la integridad total del periodonto como pueden ser las fracturas y las reabsorciones. <sup>(10)</sup>

Por lo mostrado en la **Tabla 7**, es evidente que de todas las interrogantes, ésta era la que más integraba el síndrome para poder precisar un diagnóstico y si la lesión no fue incorporada a los módulos de la especialidad sobre todo en la segunda versión, no es posible que se reconozcan, aún cuando dominen los de la enfermedad pulpar y periodontal.

Podemos resaltar según la **Tabla 8** que sin el conocimiento del problema que presenta el paciente, no es posible aplicar una terapéutica adecuada. Consideramos que en la práctica los estomatólogos aún sin relacionarlas con una lesión endoperiodontal, realizan muchos de los procedimientos que forman parte del arsenal terapéutico de estas lesiones pero al no estar ajustada a una base del conocimiento de la misma <sup>(12)</sup> impidió criterios de selección de respuestas correctas más alentadoras. Consideramos nuestros resultados acordes al espacio nulo que ocupó en el sistema de conocimientos y habilidades de los diferentes programas de estudios de la residencia, la patología que investigamos, y la poca información que subjetivamente consideramos que adquirieron los estomatólogos durante su práctica laboral.

Por lo derivado de la **tabla 9** podemos valorar que independientemente del programa de estudio que contribuyó a su formación, todos compartieron poco dominio del tema indagado como problema de salud, lo que pudiera estar relacionado con la cantidad/calidad que se le dedica a dicha afección en el currículum de formación postgrado, y que aunque no fue objeto de análisis de este estudio, inferimos a través de los resultados obtenidos que también está comprometida la poca preparación o auto preparación durante la vida laboral.

Los hallazgos encontrados en nuestra muestra donde prevaleció el nivel insatisfactorio de nuestros especialistas de EGI. Por un lado demuestran la necesidad de una voluntad política que para elevar el nivel de salud de la población cubana determine que debe realizarse un esfuerzo en la preparación de los recursos humanos en salud que implica no solo la formación de nuevos profesionales y técnicos, sino la necesidad de jerarquizar la educación permanente de los ya existentes en el Sistema Nacional de Salud Pública y la capacitación a los trabajadores de servicio a la comunidad <sup>(13)</sup>. La segunda vertiente es que si no existe una adecuada preparación profesional la implicación económica que trae el no prevenir o actuar rápidamente ante

estas lesiones, ya que se incrementaría el costo a través de las necesidades de los servicios de múltiples especialidades y recursos materiales.

---

## **Conclusiones**

El manejo de los especialistas de EGI sobre las lesiones endoperiodontales demostró que:

- 1- El nivel de conocimientos calificado como insatisfactorio, fue el que prevaleció en los especialistas encuestados de las dos versiones del programa de estudio, que permitió su formación como especialistas de EGI.
- 2- Los especialistas de EGI, graduados en la primera versión, demostraron ampliamente mejores conocimientos sobre lesiones endoperiodontales.
- 3- De los encuestados ninguno obtuvo la totalidad de las respuestas evaluadas como desconocen.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Álvarez R. Síntesis. Temas de MGI. Vol 1 Salud y Medicina. La Habana; 2001
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Atención Estomatológica a la Población. Ciudad de la Habana. Febrero; 2002
3. Situación de Salud: Morbilidad, Salud Buco- dental. Serie Plan de salud- documento 2. Servicio Canario de Salud. [en línea] 2001 [fecha de acceso 16 de Junio-2007] en: <http://www.gabcan.es/scc1/plansalud/psco.2.2g.htm>
4. Simring M, Golberg M. The pulpal pocket approach: retrograde periodontitis. Journal of periodontology 1964; 35: 22-48.
5. Hommez G, De Mor R. Endodontics and apical periodontitis: Rev Belge Met Dent. 2005; 60(1):9-20.
6. Colectivo de Autores. Libro Electrónico. Maestría Salud Bucal Comunitaria. La comunidad y la familia en la atención primaria de salud .2005.
7. Reglamento de la Educación del Postgrado de la República de Cuba. Resolución 6/96 Ciudad de La Habana: MINSAP; 1996.
8. M.C. Manzo Rodríguez L, Dra Rivera Michelena NC.y Dr. Rodríguez Orozco C. A.R. "La educación de postgrado y su repercusión en la formación del profesional

iberoamericano" Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez". UMSNH, México. Educ Med Super 2006:20(3)

9. Lic.Nolla Cao N. "Modelo de evaluación de un plan de estudios para las especialidades médicas y estomatológicas". Rev Cubana Educ Med Sup 1998;12(2):62-72
  10. Sánchez Jacas, I. Bonne Galí T., Pérez Ferrer C y Botín Díaz M" Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba".2004. Rev. Cub. Educ. Méd. Sup. V 16 n2 Ciudad de la Habana Abril. 2002-2004.
  11. Rosell Puig W, Más García M, Domínguez Hernández L. La enseñanza integrada: necesidad histórica de la educación en la ciencias médicas [artículo en línea] URL disponible en <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17-2-03/ems02203.htm> consulta: 21 de junio 2005].
  12. Joe Editorial Board. Root canal anatomy: an online study guide. J. Endod. 2008 May; 34(5 Suppl):e7-e16.
  13. Ventura MI. Prevención y tratamiento de lesiones endoperiodontales por el Estomatólogo General Integral. Rev Habanera de Ciencias Médicas 2006 jul-sep; 5(3)
-

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN LA POBLACIÓN. CENTRO HABANA, 2007

Autores: S Padovani Clemente\*, Dra. Taimy Aragón Mariño\*\*, M Ruano Ortega\*\*\*, E Pazos San Martín\*\*\*\*

Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez” Avenida Carlos III y G. Municipio Plaza. Ciudad de La Habana. Cuba.

### Resumen

El VIH-SIDA es considerado una enfermedad que daña no solo al organismo desde el punto de vista biológico, sino que también tiene repercusiones psicológicas, sociales y económicas. Existe aun desconocimiento entre la población sobre esta enfermedad y las formas de prevenirla, e incluso existe aun personas que rechazan a los infectados y piensan que no deben continuar incorporadas a la sociedad. Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal en el consejo popular “Pueblo Nuevo” del área de salud del policlínico docente “Nguyen Vantroi”, municipio Centro Habana, en el año 2007, con el objetivo de determinar las actitudes y conocimientos sobre VIH-SIDA en esta población. Se seleccionó una muestra aleatoria aplicando fórmula estadística. La evaluación final de los conocimientos de la población estudiada fue medianamente suficiente. Los resultados obtenidos muestran que el grupo etáreo con mayor desconocimiento fue el de 12-18 años. La mayor parte de los encuestados mostró aceptación a la incorporación de las personas viviendo con VIH a la sociedad; pero se observó un gran desconocimiento sobre el lugar donde deben recibir atención estomatológica. Las fuentes que menos influyeron en la obtención de los conocimientos fueron la autosuperación y la comunicación educativa en el área de salud.

Palabras claves: vih/sida, conocimientos, actitudes

## Introducción

El VIH-SIDA es considerado una enfermedad que daña no solo al organismo desde el punto de vista biológico, sino que también tiene repercusiones psicológicas, sociales y económicas; por lo que esta infección constituye un Problema de Salud Pública, al que se ha enfrentado la humanidad durante las últimas décadas. (1)

El SIDA, más que una enfermedad es el conjunto de enfermedades que sobrevienen como resultado de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la disminución de las defensas del organismo que éste causa. (2 - 5)

Los primeros casos de SIDA se observaron en EE.UU. en junio de 1981 en jóvenes homosexuales masculinos en los que se encontraron infecciones oportunistas y una forma diseminada del Sarcoma de Kaposi, asociadas todas ellas a una inmunodeficiencia inexplicable.

En septiembre de 1982, de acuerdo con las manifestaciones principales de la enfermedad, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de EE.UU. propuso el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual fue aceptado por la OMS.

En 1983, tres grupos independientes de científicos de San Francisco, París y Nueva York, descubrieron el agente causal del SIDA, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (6, 7). Desde entonces, más de 33,3 millones de personas han sido contagiadas en el mundo. (8)

En Cuba la primera confirmación de un caso con SIDA fue en enero de 1982; cuatro años más tarde se puso en ejecución el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA (PNPCSIDA), el cual en el resumen epidemiológico de la infección en nuestro país hasta febrero del 2000 publicó el reporte de 2737 pacientes seropositivos, de los cuales 1009 tenían SIDA, y de éstos, 757 habían fallecido. (3). Durante el 2001 del total de casos diagnosticados como seropositivos, el 10.3% correspondió a los adolescentes (9) y el 67% al grupo de 25 a 59 años de edad. (9, 10). Hasta abril del 2004, se reportaron 5468 seropositivos y 1137 decesos. (11). El Instituto Pedro Kourí está a cargo del control y evaluación del tratamiento antirretroviral para estos pacientes, que el gobierno suministra de forma gratuita (12, 13); Cuba es uno de los pocos países que proporciona a sus pacientes todo lo necesario para aliviar o prevenir la enfermedad y

ninguna persona enferma es discriminada por la sociedad (14); aunque debemos destacar que actualmente numerosos países y organizaciones internacionales realizan grandes esfuerzos para garantizar tratamiento retroviral a los pacientes VIH positivos. (15)

Se plantea que diariamente 7 mil jóvenes se infectan con el VIH en el mundo. (16)

Según el informe “Situación de la epidemia de SIDA”, de la OMS y del Programa de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en el año 2003 murieron tres millones de personas a causa del SIDA y otros cinco millones se infectaron. (17)

Estas cifras nos hacen apoyar el planteamiento de la OMS de que “El SIDA y la infección VIH son ahora pandémicas, y constituyen un problema prioritario de la salud pública de global importancia” (18)

Los sistemas de salud deberán trabajar para asegurar que las personas con VIH reciban la mejor atención posible no solo en el aspecto terapéutico, sino de una red de apoyo social y cotidiano para revertir la carga de discriminación que esta infección lleva consigo. (19, 20)

En estudios que se han realizado en países desarrollados como España, se ha evidenciado que la infección por el virus del VIH es uno de los principales problemas de Salud Pública. (21) En los últimos años en este país se ha constatado una estabilización y descenso de la epidemia, y al parecer, una de las causas que ha contribuido es el resultado de las estrategias de prevención.

Una persona que vive con VIH-SIDA atraviesa a lo largo de toda su infección sobre una serie de situaciones estresantes que puede angustiarlas, si además del impacto que les provoca conocer su diagnóstico y la repercusión que esto tiene para su vida, sufren un rechazo o negación de atención por parte de los profesionales de la salud que son su esperanza, de sus familiares y amigos, sus sufrimientos pueden multiplicarse y lo que es peor su estado de salud puede debilitarse. (22, 23)

La necesidad de conocer cuan informada se encuentra la población para efectuar actividades de promoción y prevención, fortalecer la vigilancia de grupos de riesgo así como educar a la población son actos fundamentales para disminuir las prácticas que incrementan el rechazo a la presencia de portadores de VIH en el ámbito comunitario. (22, 24)

Todos estos factores, además, se ven potenciados cuando la población no tiene los conocimientos adecuados acerca de la enfermedad, como se transmite y cual es la conducta a seguir con los casos positivos de VIH en la comunidad.

Para la prevención y control de esta epidemia, se demanda de un abordaje desde varias áreas del conocimiento y la práctica, entre ellas la orientación de las personas constituye un pilar fundamental, con el propósito de brindar una atención integral al individuo se hace necesario que las actividades de promoción y prevención se desarrollen a través de la educación para la salud, con la participación social, para formar conciencia y responsabilidad entre individuos y familias. (25)

En nuestro país en el año 2005 las provincias con más números de casos fueron: en primer lugar Ciudad de La Habana que aportó el 50% de los casos diagnosticados y dentro de la misma el segundo municipio que más casos presentó fue Centro Habana con un total de 168,71; le siguió en orden la provincia de Villa Clara, Pinar del Río, La Habana, Holguín y Santi Spíritu. (36, 27, 28)

En el año 2006 con respecto al año anterior, surgió una explosión de casos, en el municipio Centro Habana, de 39 que hubo en el 2005 en el mismo período, se pasó a 72 casos nuevos diagnosticados (noviembre 2006) por lo que continúa siendo un problema social. (29, 30)

Un aspecto importante a tener en cuenta es, que el nivel de conocimiento y la preparación que se tenga al respecto, puede ayudar a la mejor reinserción de una persona viviendo con VIH en la familia y la comunidad, ya que es de suponer que el nivel educativo es directamente proporcional a la adopción de conductas adecuadas tanto en la protección como en la aceptación de un individuo VIH positivo. (28, 30)

Nuestra comunidad debe estar preparada para poder enfrentar con seguridad el auge de estas y otra enfermedades infecciosas que representan un riesgo de transmisión. (28, 30, 31)

A pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública en la promoción y prevención de la transmisión del VIH-SIDA, esta enfermedad sigue aumentando, considerándose un problema de salud en que tiene que intervenir la comunidad.

Una de las estrategias mas importantes para reducir la tasa de infección con VIH-SIDA es la promoción de conocimiento preciso de cómo se transmite el SIDA y como prevenir su transmisión. (10, 32)

En este aspecto el personal de la salud debe jugar un papel primordial, ya que es el más capacitado para transmitir los conocimientos a la población.

## **Objetivos**

1. Identificar actitudes de aceptación o rechazo en nuestra población ante una persona que esté viviendo con VIH/SIDA en su medio social.
2. Determinar si conocen donde deben recibir atención estomatológica las personas VIH positivas.
3. Evaluar el estado actual de los conocimientos que dicha población posee sobre esta enfermedad.
4. Establecer las vías fundamentales de obtención de información sobre el VIH/SIDA.

## **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal en el consejo popular “Pueblo Nuevo” del área de salud del policlínico docente “Nguyen Vantroi”, municipio Centro Habana, en el año 2007, con el objetivo de determinar las actitudes y conocimientos sobre VIH-SIDA en esta población, para lo cual se seleccionó una muestra aleatoria aplicando fórmula estadística, tomando como criterio de exclusión a las personas viviendo con VIH en el área. La información fue procesada mediante la hoja de cálculo Excel XP. Como medida resumen para los datos cualitativos se utilizó el porcentaje.

## Resultados

**Tabla 1.** Porcentaje de encuestados según actitud ante la convivencia con una persona viviendo con VIH. Policlínico Nguyen Vantroi. Centro Habana. Ciudad de la Habana 2007.

| Actitud      |                      |            |      |         |      |
|--------------|----------------------|------------|------|---------|------|
| Grupo Etáreo | Total de encuestados | Aceptación |      | Rechazo |      |
|              |                      | No         | %    | No      | %    |
| 12-18        | 161                  | 126        | 78,3 | 35      | 21,7 |
| 19-34        | 109                  | 108        | 99,1 | 1       | 0,9  |
| 35-59        | 100                  | 86         | 86   | 14      | 14   |
| <b>Total</b> | 370                  | 320        | 86,5 | 50      | 13,5 |

La tabla número 1 muestra el porcentaje de encuestados según su actitud ante la convivencia con una persona viviendo con VIH, en la misma podemos observar que la mayoría de los encuestados concuerdan en que deben permanecer incorporados a la sociedad, aunque es llamativo que un 13,5 % haya manifestado conductas de rechazo.

**Tabla 2.** Porcentaje de encuestados según conocimiento sobre lugar de atención de una persona VIH positiva. Policlínico Nguyen Vantroi. Centro Habana. Ciudad de la Habana 2007.

| Conocimientos sobre lugar de atención |                      |      |      |         |      |     |      |
|---------------------------------------|----------------------|------|------|---------|------|-----|------|
| Grupo Etáreo                          | Total de encuestados | Bien |      | Regular |      | Mal |      |
|                                       |                      | No   | %    | No      | %    | No  | %    |
| 12-18                                 | 161                  | 48   | 29,8 | 44      | 27,3 | 69  | 42,9 |
| 19-34                                 | 109                  | 57   | 52,3 | 11      | 10,1 | 41  | 37,6 |
| 35-59                                 | 100                  | 46   | 46   | 25      | 25   | 29  | 29   |
| Total                                 | 370                  | 151  | 40,8 | 80      | 21,6 | 139 | 37,6 |

Al analizar la tabla 2 sobre los conocimientos de donde deben recibir atención estomatológica las persona VIH positivas, vemos que el 37,6% responde mal esa pregunta, refiriendo que deben ser atendidos en una consulta solo para éstos, el 40,8% responde bien al plantear que debe ser en una consulta en su área de salud y el 21,6% se regular pues marcaban, además de la variante anterior, dentro de un hospital con más recursos.

**Tabla 3.** Porcentaje de encuestados según nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA. Policlínico Nguyen Vantroi. Centro Habana. Ciudad de la Habana 2007.

| Evaluación de conocimientos |                      |            |      |                         |      |              |      |
|-----------------------------|----------------------|------------|------|-------------------------|------|--------------|------|
| Grupo Etáreo                | Total de encuestados | Suficiente |      | Medianamente Suficiente |      | Insuficiente |      |
|                             |                      | No         | %    | No                      | %    | No           | %    |
| 12-18                       | 161                  | 39         | 24,2 | 87                      | 54,0 | 35           | 21,8 |
| 19-34                       | 109                  | 62         | 56,9 | 26                      | 23,8 | 21           | 19,3 |
| 35-59                       | 100                  | 54         | 54   | 31                      | 31   | 15           | 15   |
| Total                       | 370                  | 155        | 41,9 | 144                     | 38,9 | 71           | 19,2 |

Al analizar la tabla número 3, podemos comprobar que menos del 50% de los encuestados posee los suficientes conocimientos sobre el VIH/SIDA, presentando mayor desconocimiento el grupo etáreo de 12-18 años, lo cual resulta altamente preocupante, ya que es en estas edades donde generalmente comienzan las relaciones sexuales, y si los adolescentes no poseen los conocimientos acerca de la enfermedad, sus vías de transmisión y cómo evitar el contagio, no serán capaces de protegerse y así, evitar el riesgo de infectarse con el VIH.

**Tabla 4.** Porcentaje de encuestados según fuente de obtención de la información sobre VIH/SIDA. Policlínico Nguyen Vantroi. Centro Habana. Ciudad de la Habana 2007.

| Fuentes                    | Grupos Etáreos |      |       |      |       |    |       |      |
|----------------------------|----------------|------|-------|------|-------|----|-------|------|
|                            | 12-18          |      | 19-34 |      | 35-59 |    | Total |      |
|                            | No             | %    | No    | %    | No    | %  | No    | %    |
| Medios audio-visuales      | 142            | 88,2 | 106   | 97,2 | 96    | 96 | 344   | 93   |
| Educación en Área de salud | 50             | 31,1 | 32    | 29,4 | 42    | 42 | 124   | 33,5 |
| Materiales impresos        | 107            | 66,5 | 97    | 89   | 8     | 8  | 204   | 55,1 |
| Autosuperación             | 4              | 2,5  | 6     | 5,5  | 31    | 31 | 41    | 11,1 |
| Otros                      | 83             | 51,6 | 51    | 46,8 | 0     | 0  | 134   | 36,2 |

La tabla 4 refleja las fuentes por las cuales la población estudiada ha obtenido la información sobre el VIH/SIDA, observándose que la principal vía fueron los medios audiovisuales (93%), mientras que las vías que menos influyeron en la obtención de conocimientos sobre el tema fueron la autosuperación, y la comunicación educativa en el área de salud, lo cual resulta altamente preocupante, ya que el personal de salud pública debe estar siempre al frente de la campaña en la prevención de ésta y otras enfermedades.

## **Discusión de los resultados**

En artículos publicados en la revista mujeres (33) y el periódico Trabajadores (34) se plantea que los estudiantes y trabajadores detectados como portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), incorporados al Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), mantienen el derecho a reintegrarse a sus centros escolares y sus respectivas plazas en sus centros de trabajo.

Estudios realizados en Valencia (35) plantean como resultado principal que una persona enferma con VIH no debe dejar de trabajar, ni de estudiar; solamente en los casos que supongan incapacidad laboral para el enfermo.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha confirmado que la discriminación a causa de ser portador del VIH o enfermo SIDA, está prohibida según las normas de derechos humanos existentes (36). La Declaración Internacional de Derechos de las personas que viven con vih/sida establece igualdad jurídica y social del enfermo en relación con el resto de la población y la prevención contra toda actitud de condena o estigmatización en perjuicio del mismo. (37)

Por eso es que resulta alarmante que en estos tiempos todavía haya personas que no acepten y marginen a un individuo por ser portador del virus de inmunodeficiencia humana; ya que actualmente existe suficiente información acerca del tema; además estas personas al ser diagnosticadas son tratadas por un equipo multidisciplinario donde se incluyen psicólogos y expertos que le enseñan como vivir con la enfermedad en su medio social sin llegar a perjudicar a nadie.

En cuanto a los conocimientos sobre el lugar de atención de una persona VIH positiva, nuestros resultados coinciden con una investigación realizada en odontólogos venezolanos, la cual arrojó que el 75% de los encuestados opinaban que estos pacientes deberían ser tratados en una consulta solo para ellos. (38)

Esto denota que los encuestados consideran adecuado el aislamiento en la atención a estas personas, no teniendo en cuenta que el nivel primario de atención en su área de salud, es el lugar más idóneo, pues es donde se realizan las interconsultas, además, en este nivel de atención el profesional de la salud (en este caso el estomatólogo) está más relacionado con su población, la conoce, la mantiene dispensarizada según su

patología, y puede realizar un seguimiento y evolución del individuo hasta lograr su alta, estando por tanto capacitado para brindar atención ambulatoria a estas personas infectadas.

En un estudio realizado (22) por un colectivo de autores, el 100% de los pacientes infectados por el VIH refieren que han sido bien atendidos en el IPK y un 95% refiere lo mismo de la atención en el sanatorio; pero señalan que se han sentido mal atendidos en el área de salud, en los hospitales y clínicas estomatológicas en un 40%, 60% y 74% respectivamente. Un 22% de estos pacientes plantearon que si necesitaran de atención médica en estos lugares no comunicarían su enfermedad, pues refieren que al saberse, no los quieren atender y son rechazados. Por los resultados obtenidos se supo que existe discriminación con los infectados por VIH/SIDA, por las experiencias personales que han tenido en algunos niveles de atención de salud donde han sido mal atendidos, por el rechazo de algunos sectores de la comunidad, así como por el desconocimiento que aún existe de la enfermedad.

Una investigación realizada en adolescentes del municipio Varadero de Matanzas, arrojó que solamente el 4% de los encuestados poseía conocimientos suficientes sobre vih/sida. (38), resultados similares se obtuvieron en estudiantes de primer año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río (39).

Estudiantes de medicina de Valencia (35), hacen una valoración de los conocimientos, y los grupos más jóvenes opinan en su mayoría poseer buenos conocimientos acerca del tema, lo que no coincide con los resultados obtenidos en este trabajo.

El tener conocimientos suficientes por parte de la población nos permite fomentar las medidas adecuadas para la prevención de esta enfermedad. (40, 41).

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden en parte con los de la Dra. Ortega (42) en una investigación realizada en este municipio, en la cual se obtuvo que los medios audiovisuales fueron la principal fuente de información; pero en su estudio le seguían en orden la comunicación educativa realizada en el área de salud y en nuestro trabajo esta fue la penúltima vía según los encuestados.

Es importante recalcar que hay que hacer un llamado a los profesionales del sector de la salud, ya que los resultados obtenidos indican que las actividades de Educación para la Salud con relación a este tema son llevadas muy poco a la práctica y consideramos

que esto es un aspecto de gran importancia actualmente ya que el VIH/SIDA es un problema de salud a nivel mundial, y por tanto todo trabajador de la salud debe sentirse parte de esta lucha para, aunando todas las fuerzas lograr disminuir o frenar el número de personas que se infectan cada año; no podemos verlo como un problema de salud que atañe solo a los médicos y las enfermeras, sino que también nosotros los estomatólogos, Licenciados y técnicos de atención estomatológica y debemos estar capacitados para desde nuestro puesto laboral realizar actividades encaminadas a educar a la población en conductas sexuales y comportamientos adecuados frente a la enfermedad.

## **Conclusiones**

1. La mayoría de los encuestados mostraron actitud de aceptación ante las personas infectadas, planteando que debían permanecer incorporadas a la sociedad.
2. No mostraron tener buenos conocimientos con relación al lugar donde deben recibir atención estomatológica estas personas VIH positivas.
3. La evaluación final obtenida sobre los conocimientos de que dispone la población estudiada fue medianamente suficiente.
4. Las fuentes de información que más influyeron en la obtención de estos conocimientos fueron, la divulgación por los medios audiovisuales y los materiales impresos.

## **Bibliografía**

- 1- Uribe Zúñiga P, Magis Rodríguez C, López Martínez S, Estrada Aguiar JL, Terán Toledox ET. El curso abierto y a distancia sobre el SIDA, México 2000.
- 2- Borensztein R. Bioseguridad. El control de la infección en la práctica odontológica. En: Barrancos Money J. Operatoria Dental. 3ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana SA; 1999. p. 185-217.
- 3- Santana Garay JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2000.

- 4- Morán López E, Ferreiro Marín A. La candidiasis como manifestación bucal en el SIDA. Rev. cubana estomatol [en línea 2005] [15 Marzo 2007] 38(1) URL disponible en: <http://www.bus.Sld.Cu/revistas/est/Vol. 38 101/est 05201. html>.
- 5- ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia del SIDA, Ginebra, diciembre 2005.
- 6- Cabrera Villalobos Y, Márquez Zaragoza L, Albornoz López del Castillo CM, Álvarez Mainegra R. Manifestaciones bucales del SIDA y su tratamiento estomatológico. 16 de abril 1998; (197): 30-9.
- 7- Normas de bioseguridad para uso en establecimientos de salud. Un rincón de esperanza. Fundamind. [en línea] 2003. [31 de diciembre de 2003]: URL disponible en: <http://www.fundamind.org.ar>
- 8- García González A; Guelmes Domínguez A; Rodríguez Sáez A. Virus de la inmunodeficiencia humana. Inmunogenicidad, variabilidad genética y siorreceptores. 16 de abril. [en línea] 2000. [31 de diciembre de 2003]: URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/abr/v39\\_2\\_00/abr 06 200.htm200.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/abr/v39_2_00/abr 06 200.htm200.htm)
- 9- Torres Vidal RM, Felipe Ramos AM, Martínez Morales M. Panorama de Salud del Adulto Cubano. En: Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico. Ciudad Habana: FNUAP. UNICEF; 2002: 27-30.
- 10-Torres Vidal RM, Felipe Ramos AM, Martínez Morales M. Panorama de salud del adulto cubano [monografía en línea 2005] [20 de diciembre 2007] Dirección Nacional de Estadística. Ciudad de La Habana. Encimed 2001. URL disponible en: <http://www.dne.sld.cu/libro/cap8/CAPIT8.htm>.
- 11-Consejería anónima de VIH/SIDA. Guerrillero 2004 mayo 23: 2 (col. 3).
- 12-Chistensen A. Una joya cubana de la medicina tropical. Perspectivas de Salud 2003; 8(2): 26-29.
- 13-PL. Destaca Cuba en Asamblea de la OMS atención a enfermos del SIDA. Granma 2004 mayo 20; Sec. Internacionales: 5 (col. 2).
- 14-Destacan en África lucha de Cuba contra el SIDA. Granma 2004 enero 13; Sec. Internacionales: 4 (col. 1).

- 15-Organización Panamericana de la Salud. OPS se une a campaña de '3 por 5'. Miles de personas con VIH recibirán terapia. OPS AHORA. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Washington; 2004.
- 16-Panel. Jóvenes en la mira del Sida. Fola Oral 1998; (14): 249.
- 17-Pérez Valenzuela M. Vivir sin discriminación. Granma 2003 diciembre 1: 5(1).
- 18-Organización Mundial de la Salud. Unidad de Salud Oral. Responsabilidades éticas y profesionales de los Odontólogos con Respecto a los Pacientes con VIH Positivo y a los Pacientes con SIDA. Actualidad Odontológica 1988; 10 (30): 37-9.
- 19-OPS: Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitarias en Latinoamérica y el caribe, 2004.
- 20-Lazo Gonzáles ZM. Diagnóstico de necesidades educativas en el Consejo Popular de Atarés. Municipio Cerro, 2003.
- 21-Fernández García M, Molina Quiles R, Castilla Catalán J. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar aula SIDA. Rev. Esp. Salud Pública. Madrid. Mar/Abril, 2001.
- 22-Colectivo de Autores. Viviendo con VIH. Manual para las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. La Habana, 2004.
- 23-Organización Panamericana de la Salud VIH, La discriminación en el sector salud OPS lanza nuevo informe en el día Mundial del SIDA. OPS AHORA. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Washington; 2004.
- 24-Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Raymond González V, López Rodríguez V. Información básica sobre la atención Integral a personas viviendo con VIH/SIDA. MINSAP. La Habana, 2006.
- 25-OPS. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector de salud [en línea ops 2004] [20 de diciembre 2007] URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AL/stigma/html>
- 26-Pérez Valenzuela M. Vivir sin discriminación. Granma 2003, diciembre 15: 3(1).

- 27-Datos Estadísticos recogidos en: Centro estadístico de Ciudad de La Habana del VIH/Sida, noviembre 2006.
- 28-Hung Fonseca Y, Pérez Rosabal E, Urquiza Álvarez J, Castillo Aponte Y, Núñez Ramírez M. Estrategia de intervención educativa en ITS y VIH/SIDA. Consejo Popular No 1 Manzanillo 2003 T3 0721. En FORO 2003// FORO en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe, 7-12, abril 2003. Palacio de las Convenciones, La Habana.
- 29-Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Estadística de Salud. Anuario estadístico, 2004.
- 30-Pérez Pérez F. Conociendo sobre el VIH. Manual para médicos de familia y el personal de la salud de Cuba. MINSAP 2003.
- 31-Gómez Vázquez I. Conocimientos de prácticas de prevención de ITS/VIH/SIDA en población Tunera 2003, T3 1693 En FORO 2003. //FORO en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe. 7-12 abril 2003. Palacio de las Convenciones de La Habana.
- 32-Cortés Alfaro A, García Roche R, Monterrey Gutiérrez P. SIDA, Adolescencia y riesgos. Rev. Cubana med gen Integr 2000; 16(3): 253-60.
- 33-Tus derechos. Tratamiento laboral a las personas con VIH/SIDA. Revista Mujeres. Editorial de la mujer 2007: 93(2).
- 34-VIH/SIDA en el centro de trabajo. Trabajadores. [serie en Internet]. 2006 Diciembre [citada 8 Ago 2008]. Disponible en:  
[http://www.trabajadores.cu/materiales\\_especiales/suplementos/salud/enfermedades-trasmisibles/vih-sida-en-el-centro-de-trabajo](http://www.trabajadores.cu/materiales_especiales/suplementos/salud/enfermedades-trasmisibles/vih-sida-en-el-centro-de-trabajo)
- 35-Soler Rivert M, Verger Burguesa C, Vicó Bondía H. Ideas sobre el SIDA en Catarroja (Valencia). Medicina y Ciencias Sociales [en línea 2004] [20 de diciembre del 2007]14 URL disponible en: <http://www.uv.es/med/cienc/sociales/SIDA.htm>.
- 36-Amador Romero FJ, Mayor Rios JH, Tosar Alonso Z. Bioética y sida, el ser humano y su dignidad. Rev Cubana Salud Trabajo 2005; 6(2) [serial on the Internet]. 2005 [cited 2008 Aug 8]; 6 (2). Available from:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol6\\_2\\_05/rst08205.html](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol6_2_05/rst08205.html)

- 37-Atanis Sánchez A. Nociones generales sobre la infección del vih/sida. En: Padrón Chacón. Propedéutica clínica y fisiopatología odontológica fundamental. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2008. Davila M E, Gil M. Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de vih/sida. Acta odontol. venez. [serie en internet]. 2007. 45(2) [citado 12 April 2009], p.234-239. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652007000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000200020&lng=en&nrm=iso)
- 38-Arnold Rodríguez M, Bacallao Flores V, Bello Rodríguez BM. Conocimiento de los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual en la ESBU "Martín Klein", Varadero 2005. Rev méd electrón [Serie en Internet] 2007 [citada 5 de mayo 2008]; 29(5). Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema.htm>
- 39-Linares Guerra EM, Geada García A, Pla Cruz A, Peláez Yáñez LA, Chang B. Conocimientos sobre VIH-SIDA en estudiantes del primer año de Medicina: Facultad de Ciencias Médicas, Pinar del Río. Bol med gen integral; 10(1), abr. 2006.
- 40-Portilla González G de la. Cuídese, no se infecte!!! : conozca el VIH/SIDA. Tegucigalpa: Foro Nacional de SIDA; 2004.
- 41-Segura R. Disfruta la vida, evita el SIDA. Sexol Soc 2005; 11(29):38-9.
- 42-Ortega Cabrera N. Actitudes y conocimientos frente al paciente VIH/positivo en la población de 19-34 años. Municipio Centro Habana 2007. Tesis para optar por el título de especialista de primer grado de EGI.

## **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ODONTÓLOGOS COLOMBIANOS FRENTE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER BUCAL**

G, Colella. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Pública, Clínica y preventiva, de la Degli Di Studi Di Napoli. Piazza Miraglia 80100 Nápoles – Italia. Tel. +39 81566526. Fax +39 815665294. [giuseppe.colella@unina2.it](mailto:giuseppe.colella@unina2.it).

I, Angelillo. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Pública, Clínica y preventiva, de la Degli Di Studi Di Napoli. Piazza Miraglia 80100 Nápoles – Italia. Tel. +39 81566526. Fax +39 815665294.  
[italofrancesco.angelillo@unina2.it](mailto:italofrancesco.angelillo@unina2.it)

A, Rocha. Coordinador del Sistema de Investigaciones de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia -Pasto. Calle 18 # 47 -150 Torobajo (San Juan de Pasto. Departamento de Nariño -Colombia). Tel. +7 31 4876 (Mob: 3183125729). Fax: +7 31 1521.  
[anderson.rocha@ucc.edu.co](mailto:anderson.rocha@ucc.edu.co).

## RESUMEN

**Introducción:** Los cánceres bucales son un problema de salud pública, en Colombia representan entre el 1-5%, estos son diagnosticados en etapas tardías, siendo entonces la detección temprana y el control de factores de riesgo las herramientas más efectivas. **Propósito del estudio:** Evaluar a través de un cuestionario los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer bucal y su relación con diferentes indicadores. **Materiales y métodos:** En una muestra de 123 Odontólogos asistentes a un evento odontológico, se aplica una encuesta confidencial previamente piloteada sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer bucal, cuyo análisis fue dividido en tres secciones. **Resultados:** La cuarta parte de los encuestados saben que el carcinoma escamocelular es la forma más frecuente de cáncer bucal, y que la leucoplasia y la eritroplasia son las dos lesiones más probablemente asociadas al cáncer bucal. La mayoría consideran orientan adecuadamente a sus pacientes sobre lesiones orales sospechosas y tres cuartas partes estar preparados para explicar los riesgos del tabaquismo. Más de la mitad evalúan antecedentes personales de tumores y menos de un cuarto de ellos evalúan antecedentes familiares de cáncer. En general, casi la tercera parte practican un examen diagnóstico de cáncer bucal, casi la totalidad consideran importante mantenerse al día sobre el cáncer bucal, y más de la tercera parte mantenerse actualizados. **Conclusión:** A la luz de los hallazgos del estudio el nivel de conocimientos y la aplicación de medidas preventivas por parte de los Odontólogos se convierten en una importante estrategia de salud pública para la reducción de la carga de enfermedad.

**Palabras clave:** cáncer bucal, conocimientos, actitudes, odontólogos

## INTRODUCCIÓN

Es necesario reconocer que las neoplasias malignas son responsables de una quinta parte de la mortalidad por todas las enfermedades crónicas en las Américas, provocando unas 459.000 defunciones en 2002<sup>1</sup>. En Colombia el carcinoma escamocelular que es la neoplasia de mayor aparición en cavidad oral y que se origina como una lesión premaligna representa el 25,7 % de todos los cánceres de piel, en

cavidad bucal al año aparecen entre 100 y 12 nuevos casos según el Instituto Nacional de Cancerología en 1998<sup>2</sup>.

La importancia en salud pública de un diagnóstico precoz y el control en los diferentes grupos humanos sobre los factores etiológicos se sustenta en informes mundiales y nacionales, donde el cáncer bucal es uno de los 10 cánceres más frecuentes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vías de desarrollo. El Cáncer Oral es una enfermedad crónica que compromete la cavidad oral y demás estructuras del sistema estomatognático; por tanto, es asunto del Odontólogo prestar una adecuada prevención y control, en aras de evitar un desenlace fatal, y compromisos funcionales y estéticos en detrimento de la calidad de vida<sup>3</sup>; puesto que suele detectarse clínica e histopatológicamente en etapas tardías por múltiples factores etiológicos, la edad, la máxima expresión del potencial metastásico y la carente intervención del profesional de la salud. Según recientes publicaciones en el área de la Oncología y la Salud Pública, existe un bajo nivel de evidencia científica de los Odontólogos frente a esta enfermedad neoplásica en países como los Estados Unidos e Italia donde existen programas de atención primaria para el cáncer bucal por parte de las universidades con el fin de proveer de conocimientos, actitudes y prácticas favorables en aras de reducir la aparición de este tipo de cáncer tan agresivo y letal<sup>4</sup>. No se le delega mucha importancia por que se reporta a nivel mundial que el 4,3 % de los tumores malignos son en cavidad oral mientras como primera causa de mortalidad el de cuello uterino en población femenina y el gástrico en masculina; sin tener en cuenta que el bucal debe ser prevenido y controlado a través de un examen clínico completo que incluye: instrucción sobre factores de riesgo, entrenamiento en detección temprana y una suficiente actualización epidemiológica y clínica<sup>5</sup>.

La detección precoz del cáncer oral es fundamental en la prevención y control del mismo, sin embargo, afirma *Edmond Chediak* que es persistente la falta de educación y de prevención del cáncer bucal en la enseñanza de los odontólogos, aún cuando en etapas premalignas es clínicamente observable aunque asintomático. Además, no se suele asesorar ni concientizar a los pacientes que poseen los factores de riesgo, es

decir, es escasa la prevención primaria y secundaria del cáncer bucal<sup>6</sup>. La evaluación de estos aspectos inherentes a la formación del odontólogo como el nivel de evidencia científica, tales como. Conocimientos, actitudes y prácticas genera mayor investigación sobre estrategias preventivas donde el odontólogo cumpla el rol de comunicador y educador, en aras de reducir la aparición de la enfermedad, y también sirve para la implementación gradual de estrategias sistemáticas y apropiadas en la formación universitaria de los profesionales de la salud oral<sup>7</sup>.

Se ha demostrado que existe una serie de efectos combinados en la prevención y tratamiento de esta forma de cáncer, para la cual existe la suficiente evidencia científica y las recomendaciones tanto para quién va dirigido como para el profesional y para el mismo sistema de salud. Lo anterior los confirman las innumerables publicaciones que insisten en la necesidad de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral desde cualquiera de estos espectros, igualmente revisiones sistemáticas que orientan la detección precoz a una serie de practicas clínicas desde la salud pública mediante programas de cribado y de atención primaria; de manera que es fundamental que el entrenamiento y conocimiento de los profesionales de la salud oral se enfoque adecuadamente a los factores de riesgo, medidas de prevención y control y procedimientos de detección<sup>8</sup>.

Desde la visión científica los conocimientos son el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver la problemática del cáncer bucal, los cuales son parte de la formación académica de pregrado y postgrado, y la educación continuada y de permanente actualización de los odontólogos; mientras las actitudes frente al cáncer oral son una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva, y en favor o en contra de un objeto definido, el cual es el diagnóstico de esta enfermedad, donde el criterio del odontólogo predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes, no obstante, son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables pero directamente sujetas a inferencias observables como por ejemplo el diagnóstico clínico precoz. Y Finalmente las prácticas, que hacen referencia a la acción de los

conocimientos y actitudes, tiene como premisa el entrenamiento, el interés y la permanente actualización y experiencia en el tema.

A propósito de estas cualidades en los profesionales de la salud oral se puede ejemplificar la importancia en los reportes de los Estados Unidos entre los años 1973-1984 y 1985-1996 donde hubo pocos cambios en la detección temprana del cáncer oral o en la tasa de supervivencia, a raíz de la deficiencia en la educación pública y profesional respecto a la detección precoz del cáncer bucal, aún cuando la detección temprana de lesiones malignas y premalignas, y la reducción de conductas riesgosas pueden mejorar enormemente el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida y los costos de tratamiento<sup>9</sup>.

Otros hallazgos demuestran que hay profesionales de la salud que reconocen tienen deficiencias en el entrenamiento acerca de la educación de los pacientes frente a la cesación de factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, como sucede en el Norte de Carolina en los Estados Unidos. En otras investigaciones se ha concluido que en los programas de educación continuada y en los programas curriculares es necesario preparar a los profesionales de la salud en actividades de prevención y promoción que impacten sin duda alguna en la tasas de incidencia del cáncer bucal y de orofaringe<sup>10</sup>.

No hay duda según la literatura que la mayoría de los cánceres bucales son diagnosticados en etapas tardías, ya que la detección en etapas tempranas requieren que los profesionales de la salud tengan adecuados conocimientos, actitudes y prácticas para identificar en los pacientes estilos de vida poco saludables que incrementan el riesgo, y un examen sistemático de la cavidad oral.

Es sabido que la *Sociedad Americana de Cáncer* e incluso la *Asociación Dental Americana –ADA* que son las organizaciones estomatológicas que rigen comportamientos en el mercado educativo y terapéutico latinoamericano, sugieren que el examen de cáncer bucal es recomendado realizarlo, por lo menos cada 3 años en

pacientes entre 20-39 años y anualmente en individuos mayores de 40 años dado que es un cáncer potencialmente prevenible<sup>11</sup>. El Destacamento de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, recomienda que se incluya en la práctica clínica un examen cuidadoso y se realice el cribaje o screening de cáncer bucal en pacientes asintomáticos que tengan historia de consumo de tabaco y alcohol. De igual manera en 2003 la Fundación de Educación para la Salud –*Cochrane* reportó que era necesario más evidencia que compruebe la efectividad en la detección temprana del cáncer oral y la reducción de la mortalidad, demostrándose la importante necesidad de que los profesionales de la salud cuenten con protocolos de asesoramiento para la inducción de cesación de hábitos como el tabaco en la consulta pero no hay estudios que evalúen la efectividad de prácticas de asesoramiento de los profesionales de la salud oral con respecto al no abuso del alcohol y el tabaco. Hay estudios que recomiendan se enfatice en la importancia de emprender intervenciones educativas e implementar políticas institucionales en las facultades de Odontología y en programas de Auxiliares de Odontología. A propósito de ello, hay que mencionar la investigación en Italia que motivo el presente estudio, en este estudio los resultados revelaron un limitado nivel de conocimiento, inferior al de los Estados Unidos demostrándose que si reciben información precisa de revistas científicas y asociaciones sobre la prevención del cáncer oral pero no se modifican notablemente las conductas de apoyo diagnóstico, aún cuando estas técnicas de detección del cáncer bucal pueden llevarse a cabo en unos pocos minutos, los procedimientos son simples y rutinarios, no requieren de un equipo médico adicional, y la incorporación de métodos de prevención primaria en la inspección de las lesiones y de cambios sospechosos en los tejidos son bastante sencillos<sup>12</sup>.

### **Diagnóstico del cáncer oral. Importancia de la Detección Temprana**

En cuánto a la práctica del examen clínico hay que mencionar que los Odontólogos especialistas no tienden a examinar toda la cavidad bucal o no están entrenados para la detección del cáncer oral, ya que suelen inspeccionar el área involucrada en los intereses de la especialidad, es decir, regularmente en dientes o encía, ignorando lesiones patológicas en los tejidos contiguos. De la misma manera pueden pasar

desapercibidas las lesiones premalignas y malignas cuando otras especialidades médicas examinan parcialmente la boca<sup>13</sup>.

El primer paso en el examen clínico consiste en una anamnesis: donde es fundamental consignar toda la información concerniente con factores de riesgo tales como: hábitos alimenticios, ingestión de alcohol, uso de cigarrillo, marihuana u otra modalidad (intensidad y tiempo), también es importante recoger información sobre antecedentes familiares y personales: diabetes, cáncer, sífilis, papiloma virus, VIH, herpes virus, enfermedades inmunodepresivas, trastornos orofaríngeos como la amigdalitis, etc. El segundo paso tiene que ver con el examen clínico, donde es fundamental observar asimetrías o malformaciones faciales que pueden hacer sospechar sobre algún crecimiento patológico, igualmente cuando el paciente saca la lengua es importante observar si existe alguna desviación, que puede hacer inferir sobre un signo de tumor en la base de la lengua, que pueda estar infiltrando los músculos o nervios glossofaríngeo o hipogloso. El tercer paso es la palpación, la cual se considera el paso más importante, puesto que con frecuencia se presentan pequeños carcinomas infiltrantes ocultos en una lengua saburral o que no se pudieran previamente observar en piso de boca por la segregación excesiva de saliva, pero que si pueden detectar al palpar una induración o cambio de textura en la mucosa. Lo anterior son las razones de peso para que la palpación se haga bidigital en labios, carrillos, paladar, piso de boca y lengua; de igual manera debe hacerse en cuello en búsqueda de ganglios duros o fijos, no dolorosos<sup>14-15</sup>.

Es de vital importancia el uso de colorantes en la inspección visual de un examen odontológico de rutina, como el uso, por ejemplo, del azul de toluidina por ser el que mejores resultados ha ofrecido. El otro método diagnóstico que coadyuva al examen clínico es la citología exfoliativa, cuyas principales ventajas clínicas se deben a que es una técnica rápida, no agresiva y relativamente indolora, muy bien aceptada por los pacientes, con una sensibilidad y especificidad casi del 100%, por tanto, es practicada repetidamente en programas preventivos de screening, en lesiones sospechosas ya identificadas o en el seguimiento de lesiones malignas postratamiento<sup>16-17</sup>. Por otra

parte, para las lesiones clínicamente indetectables, es necesario un método coadyuvante para que el examen visual detecte antes las lesiones precancerosas, y estos son: el azul de toluidina, la biopsia por cepillado y la imagen de fluorescencia<sup>18</sup>

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen unas condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral. A nivel clínico estas lesiones se presentan de la siguiente en su mayoría como leucoplasias, eritroplasias y leucoeritroplasias<sup>19-20</sup>.

La lucha por reducir la mortalidad por cáncer oral se puede realizar en los tres niveles de prevención (véase tabla 1). Vale la pena destacar que en la prevención primaria los cánceres más comunes son los carcinomas escamocelulares, los cuales por su crecimiento son evidentes y el pronóstico y la supervivencia está en relación directa con el tamaño del tumor en el momento del diagnóstico. Estos suelen ser aproximadamente el 95% de los casos de cáncer oral. Otros tipos de cáncer oral son los adenocarcinomas, que son los tumores de glándulas salivares, los cuales pueden ser carcinoma adenoquístico o cilindroma y carcinoma mucoepidermoide, suelen ser de difícil pronóstico, es el más agresivo en su evolución, suele aparecer en paladar duro, con tendencia a generar hipoestesia o parestesia, de crecimiento lento, que produce dolor en su estado inicial, con metástasis a largo plazo y su tratamiento suele ser quirúrgico<sup>21-22</sup>.

Estos cánceres suelen presentarse en estados avanzados y con tasas de curación muy bajas (50% o menos). La mayoría de las muertes son por extensión directa a áreas vitales del cráneo, siendo la complicación ganglionar poco frecuente. Los más comunes son los de seno maxilar que frontal. Los signos y síntomas de este cáncer consisten en una inflamación mucosa del paladar, dolor, movilidad de alguna pieza dentaria, sin embargo, hay algunos signos precoces como la epistaxis sin motivo o rinitis persistente de una fosa nasal<sup>23</sup>.

## **Tendencia de los conocimientos, actitudes y prácticas**

Dado que el cáncer oral es un problema de salud pública desde que se reconoce que los factores de riesgo en la población son persistentes y la educación por ejemplo sobre el tabaquismo esta dirigida por las mismas industrias tabacaleras; se considera necesario que a nivel gubernamental y profesional se eduque sobre los riesgos del tabaquismo y alcohol, riesgos ocupacionales relacionados con la inhalación de químicos carcinogénicos, sobre la importancia de incluir frutas y vegetales en la dieta, sobre la importancia de consultar al médico y al odontólogo, es decir, aprovechar este conocimiento sobre factores de riesgo para reducir la aparición de la enfermedad incidiendo en los hábitos, costumbres y culturas. La capacidad de control del cáncer en vías aéreo-digestivas, en cabeza y cuello y cavidad oral depende básicamente de dos aspectos fundamentales: de la prevención: interrupción de factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, y el diagnóstico precoz. Estos dos ejes en la práctica se refieren a la necesidad de generar campañas educativas a nivel local, regional y nacional por agrupaciones académicas y científicas o inducir a la participación activa del Estado. Además es una práctica cuyas actitudes y conocimientos deben enfocarse apropiadamente a la permanente actualización y realización de un examen clínico completo por parte de los odontólogos, que vaya más allá de una odontología artesanal y mercantil donde prima únicamente la enfermedad y la salud de los dientes y sus tejidos de soporte<sup>24-27</sup>.

La contribución de este proyecto a partir de valorar que tanto saben, practican y consideran los Odontólogos colombianos acerca de este problema de salud pública, delega mayor utilidad a la información y entrenamiento sobre factores de riesgos y procedimientos de detección temprana, es decir, a las medidas de control y prevención<sup>8,9</sup>. Sin duda este estudio contribuye al fortalecimiento, cualificación y consolidación investigativa de esta temática relegada en nuestro país. Igualmente, estos resultados se divulgarán a la comunidad científica odontológica colombiana para la promoción de iniciativas pedagógicas y curriculares en las universidades para el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de los futuros Odontólogos, especialmente, en el campo de la prevención y control, especialmente en la detección precoz, asesoramiento sobre factores de riesgo y otros indicadores.

## **OBJETIVO**

El objetivo de esta investigación fue valorar los conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo en el contexto colombiano.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Para este estudio observacional de tipo descriptivo se utilizó un cuestionario de autocumplimiento que fue conducido en el mes de Abril de 2009 mediante muestreo por conveniencia a un universo de 350 asistentes de los cuales 123 fueron profesionales de la Odontología, estos eran asistentes al *XII Congreso Nacional de Odontología y el IV Congreso Internacional de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto* en el suroccidente de Colombia. Se optimizó el instrumento mediante la realización de una prueba piloto con Odontólogos locales. La versión inicial del instrumento (encuesta autoaplicada) en Italiano fue probada entre un grupo conveniente de Odontólogos para asegurar viabilidad, validez, e interpretación de las respuestas. Con base en los comentarios obtenidos sobre cada pregunta, se sometió a la revisión y ajuste de un Patólogo y un Salubrista Colombiano experto en el tema, luego fue revisado por los creadores de la encuesta y co-investigadores en la Degli Di Studi Di Napoli, obteniendo el aval definitivo para su aplicación en función de los puntos, redacción, formato antes de la distribución a la muestra y unificación de criterios; posteriormente se capacitaron a los encuestadores.

En el momento de la aplicación por un lado se incluyeron Odontólogos con o sin estudios de postgrado que se encontraban ejerciendo en Colombia y de nacionalidad colombiana, y por otro lado se excluyeron aquellos que se dedicaban exclusivamente al área administrativa en salud u otra labor diferente a la práctica clínica odontológica.

Se realizó un análisis estadístico univariado de las características demográficas, los factores de riesgo, algunos aspectos de conocimientos, de las actitudes y las prácticas. Todas las variables se clasificaron en dos categorías, aunque algunas de ellas como “Años transcurridos desde el grado” y la “Especialidad” se presentaron con las mismas categorías en las que fueron recolectadas. Se construyeron unas variables resultado

con base en lo referenciado en el artículo científico del *Oral Oncology* (2008) 44, 393-99: “Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la Leucoplasia y la Eritroplasia son las 2 lesiones más probablemente asociadas a Cáncer Oral” (MODELO 1), “Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes” (MODELO 2), y “Desarrolla rutinariamente un examen para Cáncer Oral” (MODELO 3); para efectos de análisis estas variables también se redujeron a variables dicotómicas. Estas variables se tomaron como referencia para el análisis bivariado obteniendo el resultado de la prueba estadística de dependencia (Prueba Chi-cuadrado). Se plantearon unos modelos multivariados con base en un análisis de regresión logística con respuesta binomial. Las variables explicatorias que se incluyeron en los modelos multivariados para predecir las dependientes, fueron aquellas que obtuvieron un p-valor menor que 0,5. Los análisis estadísticos univariados y bivariados se realizaron utilizando el paquete estadístico XL-STAT Versión 7.5.2 y para el análisis multivariado se utilizó el programa SPSS Versión 17.

## RESULTADOS

Los resultados de modelo multivariado (Tabla 3) para el conocimiento mostraron que el conjunto seleccionado de variables predictoras no explican en forma satisfactoria el resultado del conocimiento ( $\chi^2 = 5,022$ ,  $GL=4$ ,  $p=0,285$ ), ni tampoco lo logran si se prueba un modelo de regresión logística en forma independiente con cada una de las 4 variables predictoras. Sin embargo, se aprecia nuevamente que la personas quienes responden afirmativamente al hecho de tener una “*Necesidad de información adicional*” ( $OR=5,95$ , *I.C.* 95%: 0,498 – 71,148), y que tienen una “*Especialidad (Nivel de Estudios)*” ( $OR=2,22$ , *I.C.* 95%: 0,705 – 6.993), podrían generar una mayor probabilidad de identificar la forma histológica más común y el tipo de lesiones tempranas más frecuentes relacionadas con Cáncer Oral.

Cuando se pregunta si consideran que tienen una preparación adecuada para explicar riesgos del consumo de alcohol el 67,7% responden afirmativamente, para realizar la

palpación de ganglios linfáticos el 66,67% y para efectuar un examen de control de Cáncer Oral, el 39,78%.

En la Tabla 2 se aprecia que una actitud positiva tiene una dependencia significativa con aquellas personas que hayan realizado un *“Curso formal en los últimos 12 meses”* ( $\chi^2 = 8,383$   $GL=1$ ,  $p < 0,05$ ); también hay una actitud positiva entre aquellos que afirma tener una *“Necesidad de información adicional”* ( $\chi^2 = 1,969$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,161$ ) y aún con aquellos que tienen una *“Especialidad (Nivel de Estudios)”* ( $\chi^2 = 1,017$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,313$ ) aunque dicha dependencia no es significativa. En el modelo multivariado para la actitud presentado en la Tabla 4 se aprecia que las 4 variables predictoras generan un modelo que explica en forma satisfactoria el resultado de la actitud en función de la *Necesidad de información adicional*, el *Tipo de práctica*, el *Nivel de Estudios* y el tener un *Curso formal en los últimos 12 meses*, pero es la última variable la que aporta una mayor y más significativa probabilidad de que los encuestados consideren que están adecuadamente preparados para efectuar un examen de control de Cáncer Oral y para realizar la palpación de los ganglios linfáticos (( $OR=14,9$ ,  $I.C. 95\%:2,204 - 100,831$ ).

En la Tabla 2 se aprecia los resultados de la evaluación de los posibles determinantes de una práctica rutinaria de un examen para diagnóstico de Cáncer Oral, encontrando que el hecho de considerar el *“Material científico como fuente de información”* ( $\chi^2 = 1,736$   $GL=1$ ,  $p=0,188$ ), es la condición que mayor dependencia presenta, aunque al igual que el resto de condiciones evaluadas, no tiene una relación de dependencia significativa. En el modelo multivariado para la práctica del examen rutinario de Cáncer Oral, se aprecia que el conjunto seleccionado de variables predictoras no explican en forma satisfactoria el resultado del conocimiento ( $\chi^2 = 1,37$ ,  $GL=4$ ,  $p=0,849$ ), ni tampoco lo logran si se prueba un modelo de regresión logística en forma independiente con cada una de las 4 variables predictoras. Igualmente, al interior del modelo multivariado generado los O.R. generados para cada variable tienen valores cercanos a 1 con intervalos de confianza que incluyen la unidad, y su aporte individual al modelo no resulta significativo. Entre los encuestados, el 36,56% consideran que su formación universitaria sobre Cáncer Oral fue Buena o Muy Buena y el 8% de ellos han tenido un

curso de o estudio sobre Cáncer Oral en los últimos 12 meses; el 34,4% no han tenido un curso o estudio sobre este tema.

## **DISCUSIÓN**

Comparando estos resultados con los de otros países, se deduce que estos valores son inferiores a los observados en otros estudios, esto se puede explicar por el hecho de que los encuestados poseen diferentes especialidades y proviene de diferentes escuelas de Odontología. Este estudio CAP revela un panorama comprensivo del estado natural de las destrezas y comportamientos entre Odontólogos Colombianos, no obstante, los conocimientos y prácticas sobre procedimientos diagnósticos y factores de riesgo son difusos si se comparan con los resultados de las actitudes, lo cual puede ser explicado porque es un estudio observacional que tiene limitaciones metodológicas potenciales, tales como evidencias circunstanciales de las causas y relaciones observadas. Sin embargo, la naturaleza anónima del cuestionario minimiza el sesgo y una sobreestimación de no adherencia. También en comparación con otros estudios existen brechas de conocimiento y prácticas entre Odontólogos. Se entiende entonces que los esfuerzos educacionales son necesarios para obtener un grado adecuado de conocimientos y prácticas<sup>28-33</sup>.

## **CONCLUSIONES**

- Se aprecia que los Odontólogos que responden afirmativamente al hecho de tener una “*Necesidad de información adicional*” y que tienen una “*Especialidad (Nivel de Estudios)*”, podrían generar una mayor probabilidad de identificar la forma histológica más común y el tipo de lesiones tempranas más frecuentes relacionadas con cáncer bucal.
- En cuanto a la actitud existe una mayor y más significativa probabilidad de que los Odontólogos reconozcan que están adecuadamente preparados para efectuar un examen de control de Cáncer Oral y para realizar la palpación de los ganglios linfáticos.
- En cuanto a prácticas casi la totalidad de los Odontólogos afirman que consideran importante mantenerse al día sobre el Cáncer Oral, y poco más de la tercera parte identifican a las revistas especializadas o los folletos como un

medio válido para mantenerse actualizados. La información obtenida es coherente con estudios similares e incluso con el replicado de Italia de la Degli Di Studi Di Napoli.

- El problema identificado es el inadecuado papel que desempeñan los profesionales de la salud oral en la detección temprana y el control del cáncer bucal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rivera D. La política del cáncer. Revista Colombiana de Cancerología. 2005; 9 (1): 29-33.
2. Instituto Nacional de Cancerología. Guías de Práctica clínica en enfermedades neoplásicas. 2003; p 33.
3. Baden E. Prevention of cancer of the oral cavity and pharynx. CA Cancer J Clin. 1987; 37: 49-62.
4. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A y Angelillo I. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. Oral Oncol. 2008; 44: 393-99.
5. La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Levi F. Trends in oral cancer mortality in Europe. *Oral Oncology* 2004;40:433-9.
6. Chediak E. En: Cáncer de cavidad oral. 2005: 18-37
7. Rocha A. Cáncer oral: El papel del Odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac de Odont Univ Ant 2009; v. 21: 114-21.
8. Kujan O, Duxbury AJ, Glenny AM, Thakker NS, Sloan P. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialist in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. Oral Dis 2006; 12: 194-9.
9. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA: a Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55:74-108.
10. Ries LA, Hankey BF, Millar BA y col. Cancer statistics review 1973-1988. National cancer institute. NIH Publication. 1991.
11. Stahl S, Meskin LH, Brown LJ. The american dental association's oral cancer campaign. J Am Dent Assoc 2004;135: 1261-67.

12. Kujan O, Glenny AM, Oliver RJ, Thakker N y Sloan P. Programas de cribaje (screening) para la detección precoz y prevención del cáncer oral. Revisión Cochrane, traducida y publicada en: La biblioteca Cochrane Plus. 2007; 4.
13. Danidson BJ. Epidemiology and etiology. Cancer of the head and neck. 2001; 1-19.
14. Neville BW y Day T.A. Oral cancer J precancerous psicus C.A cancer J clin 2002; 52; 195-215.
15. Lewin F, Novell SE, Johansson H y col. Smoking tobacco, oral snuff and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. A population – based case – referent study in Sweden. Cancer. 1998; 82: 1367-75.
16. Fennerty MB. Tissue staining. Gastrointestinal endoscopy. Clin N Am 1994; 4: 297-311.
17. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Sensitivity and specificity of Oral Scan (R) toluidine blue mouth rinse in the detection of oral cancer and precancer. J Oral Pathol Med 1996;25(3):97-103.
18. Epstein JB, Scully C, Spinelli JJ. Toluidine blue application in the assessment of oral malignant disease and lesions at risk of malignancy. J Oral Pathol Med 1992; 21: 160-3.
19. Martín IC, Kerawala CJ, Reed M. The application of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of epithelial dysplasia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol-End 1998;85 (4):444-6.
20. Fernández-López RG y cols.: Evaluación de la mucosa bucal en sujetos sometidos a contacto crónico con diesel (tragafuego). Cir Plast 2003;13(3):115-118.
21. Dabelsteen E, Roed-Petersen B, Smith CJ, Pindborg JJ. The limitations of exfoliative cytology for the detection of epithelial atypia in oral leukoplakias. Br J Cancer 1971;25:21- 4.
22. Sugerman PB, Savage NW. Exfoliative cytology in clinical oral pathology. Aust Dent J 1996;41:71-4. Panorama de la Salud en la región. En: Salud de las Américas. 2007. OMS-OPS.

23. Rothman K y Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J Chron Dis.* 1973; 25: 711-16.
24. De Stefani E, Boffeta P, Oreggia F y col. Smoking patterns and cancer of the oral cavity. A case control study in Uruguay. *Oral Oncol.* 1998; 34:340-46.
25. Wray A y McGuirt WF. Smokless tobacco usage associated with oral carcinoma. *Arch Otolaryngol head neck surg.* 1993; 119: 929-33.
26. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK y col. Incidence rates of oral cancer nad natural history of oral precancerous lesions in a 10 year follow-up study of Indian Villagers. *Community Dent Oral Epidemiology.* 1980; 8: 287-333.
27. Mallo-Perez L, Rodríguez-Baciero G, Lafuente Urduñuio P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación España. *RCOE.* 2002; 7(2).
28. De Stefani E, Boffeta P, Oreggia F y col. Smoking patterns and cancer of the oral cavity. A case control study in Uruguay. *Oral Oncol.* 1998; 34:340-46.
29. Gallegos JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). *Acta Médica.* 2005; 3 (4): 247-252
30. Shedd DP, Hukill PB, Sleeper HR Y Kligerman MM. Recognition of early oral cancer. *CA Cancer J Clin.* 1965; 15: 21-24.
31. Narain R., Smita A., Ashok S. et al. Assessment of prevelnce of tobacco use and impacto f health education intervention among school students. Institute of citology and preventive oncology. Annual report oral câncer: 45-7, 2003-05.
32. Cruz G, Ostroff J, Kumar JV y col. Preventing and detecting oral cancer: Oral health care providers readiness to provide health behavior Counseling and oral cancer examinations. *J Am Dental Assoc.* 2005; 36: 594-601.
33. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A y Angelillo I. Dental Hygienist and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. *Oral Oncol.* 2004; 40: 638-44

**Tabla 1. Niveles de Prevención para el cáncer bucal.**

| Nivel de Prevención | Herramientas                               | Objetivo                                                 |
|---------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Primaria            | Remoción / reducción de factores de riesgo | Evitar aparición de la enfermedad                        |
| Secundaria          | Detección temprana/<br>Screening o cribaje | Biopsia/<br>citología exfoliativa/<br>mejorar pronóstico |
| Terciaria           | Tratamientos de lesiones<br>Existentes     | Prevenir la muerte/<br>Mejorar calidad de vida           |

**Tabla 2. Distribución de Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al Cáncer Oral con respecto a algunas variables explicatorias.**

|                                             | Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la Leucoplasia y la Eritroplasia son las 2 lesiones más probablemente asociadas a Cáncer Oral |       | Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes |       | Desarrolla rutinariamente un examen para Cáncer Oral |       |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|-------|
| <b>Especialidad</b>                         |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| Especialista                                | 8                                                                                                                                                                                      | 34,78 | 5                                                                                                                                                      | 21,74 | 8                                                    | 34,78 |
| OD General                                  | 15                                                                                                                                                                                     | 21,43 | 23                                                                                                                                                     | 32,86 | 20                                                   | 28,57 |
|                                             | $\chi^2 = 1,658$ , GL=1, $p=0,198$                                                                                                                                                     |       | $\chi^2 = 1,017$ , GL=1, $p=0,313$                                                                                                                     |       | $\chi^2 = 0,317$ , GL=1, $p=0,573$                   |       |
| <b>Tipo de práctica</b>                     |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| Solo                                        | 7                                                                                                                                                                                      | 28,00 | 10                                                                                                                                                     | 35,71 | 7                                                    | 28,00 |
| No solo                                     | 16                                                                                                                                                                                     | 23,53 | 18                                                                                                                                                     | 27,69 | 21                                                   | 30,88 |
|                                             | $\chi^2 = 0,196$ , GL=1, $p=0,658$                                                                                                                                                     |       | $\chi^2 = 0,598$ , GL=1, $p=0,439$                                                                                                                     |       | $\chi^2 = 0,072$ , GL=1, $p=0,788$                   |       |
| <b>Curso formal en los últimos 12 meses</b> |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |

|    |                                       |       |                                   |       |                                     |       |
|----|---------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| No | 1                                     | 12,50 | 22                                | 25,88 | 25                                  | 29,41 |
| Sí | 22                                    | 25,88 | 6                                 | 75,00 | 3                                   | 37,50 |
|    | $\chi^2 = 0,703$ , GL=1,<br>$p=0,402$ |       | $\chi^2 = 8,383$ GL=1, $p < 0,05$ |       | $\chi^2 = 0,227$ GL=1,<br>$p=0,634$ |       |

**Material científico como fuente de información**

|    |                                       |       |                                       |       |                                     |       |
|----|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| No | 16                                    | 28,07 | 16                                    | 28,07 | 20                                  | 35,09 |
| Sí | 7                                     | 19,44 | 12                                    | 33,33 | 8                                   | 22,22 |
|    | $\chi^2 = 0,882$ , GL=1,<br>$p=0,348$ |       | $\chi^2 = 0,290$ , GL=1,<br>$p=0,590$ |       | $\chi^2 = 1,736$ GL=1,<br>$p=0,188$ |       |

**Necesidad de información adicional**

|    |                                       |       |                                       |       |                                       |       |
|----|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|
| No | 2                                     | 66,67 | 2                                     | 66,67 | 1                                     | 33,33 |
| Sí | 21                                    | 23,33 | 26                                    | 28,89 | 27                                    | 30,00 |
|    | $\chi^2 = 2,929$ , GL=1,<br>$p=0,087$ |       | $\chi^2 = 1,969$ , GL=1,<br>$p=0,161$ |       | $\chi^2 = 0,015$ , GL=1,<br>$p=0,901$ |       |

**Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la las lesiones tempranas son Pequeñas, No dolorosas y Eritematosas**

|    |                                       |       |                                       |       |
|----|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|
| No | 18                                    | 27,27 | 18                                    | 27,27 |
| Sí | 10                                    | 37,04 | 10                                    | 37,04 |
|    | $\chi^2 = 0,868$ , GL=1,<br>$p=0,351$ |       | $\chi^2 = 0,466$ , GL=1,<br>$p=0,495$ |       |

**Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes**

|    |                                       |       |
|----|---------------------------------------|-------|
| No | 18                                    | 27,69 |
| Sí | 10                                    | 35,71 |
|    | $\chi^2 = 0,598$ , GL=1,<br>$p=0,439$ |       |

**Tabla 3. Resultados de los Modelos de Regresión Logística**

**MODELO 1. Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la Leucoplasia y la Eritroplasia son las 2 lesiones más probablemente asociadas a Cáncer Oral**

$$\chi^2 = 5,022, GL=4, p=0,285$$

|                                             | S.E.  | Sig. | O.R   | I.C. 95% C.I para O.R. |          |
|---------------------------------------------|-------|------|-------|------------------------|----------|
|                                             |       |      |       | Inferior               | Superior |
| <b>Necesidad de información adicional</b>   | 1,266 | ,159 | 5,951 | ,498                   | 71,148   |
| <b>Tipo de práctica</b>                     | ,589  | ,891 | ,923  | ,291                   | 2,929    |
| <b>Nivel de Estudios</b>                    | ,585  | ,173 | 2,220 | ,705                   | 6,993    |
| <b>Curso formal en los últimos 12 meses</b> | 1,145 | ,342 | ,337  | ,036                   | 3,179    |

**MODELO 2. Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes**

$$\chi^2 = 13,22, GL=4, p=0,010$$

|                                                    | S.E.  | Sig. | O.R    | I.C. 95% C.I para O.R. |          |
|----------------------------------------------------|-------|------|--------|------------------------|----------|
|                                                    |       |      |        | Inferior               | Superior |
| <b><i>Necesidad de información adicional</i></b>   | 1,317 | ,116 | 7,911  | ,599                   | 104,452  |
| <b><i>Tipo de práctica</i></b>                     | ,600  | ,958 | ,969   | ,299                   | 3,141    |
| <b><i>Nivel de Estudios</i></b>                    | ,731  | ,108 | ,309   | ,074                   | 1,294    |
| <b><i>Curso formal en los últimos 12 meses</i></b> | ,975  | ,006 | 14,907 | 2,204                  | 100,831  |

**MODELO 3. Desarrolla rutinariamente un examen para Cáncer Oral**

$$\chi^2 = 1,37, GL=4, p=0,849$$

|                                                                                                                                                                            | S.E.  | Sig. | O.R   | I.C. 95% C.I para O.R. |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                            |       |      |       | Inferior               | Superior |
| <b><i>Necesidad de información adicional</i></b>                                                                                                                           | 1,283 | ,936 | ,903  | ,073                   | 11,161   |
| <b><i>Curso formal en los últimos 12 meses</i></b>                                                                                                                         | ,821  | ,834 | 1,188 | ,238                   | 5,938    |
| <b><i>Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la las lesiones tempranas son Pequeñas, No dolorosas y Eritematosas</i></b> | ,494  | ,393 | 1,524 | ,579                   | 4,011    |
| <b><i>Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes</i></b>       | ,517  | ,554 | 1,358 | ,493                   | 3,744    |

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ODONTÓLOGOS  
COLOMBIANOS FRENTE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER  
BUCAL**

G, Colella. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Pública, Clínica y preventiva, de la Degli Di Studi Di Napoli. Piazza Miraglia 80100 Nápoles – Italia. Tel. +39 81566526. Fax +39 815665294. [giuseppe.colella@unina2.it](mailto:giuseppe.colella@unina2.it).

I, Angelillo. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Pública, Clínica y preventiva, de la Degli Di Studi Di Napoli. Piazza Miraglia 80100 Nápoles – Italia. Tel. +39 81566526. Fax +39 815665294. [italofrancesco.angelillo@unina2.it](mailto:italofrancesco.angelillo@unina2.it)

A. Rocha. Coordinador del Sistema de Investigaciones de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia -Pasto. Calle 18 # 47 - 150 Torobajo (San Juan de Pasto. Departamento de Nariño -Colombia). Tel. +7 31 4876 (Mob: 3183125729). Fax: +7 31 1521. [anderson.rocha@ucc.edu.co](mailto:anderson.rocha@ucc.edu.co).

## RESUMEN

**Introducción:** Los cánceres bucales son un problema de salud pública, en Colombia representan entre el 1-5%, estos son diagnosticados en etapas tardías, siendo entonces la detección temprana y el control de factores de riesgo las herramientas más efectivas. **Propósito del estudio:** Evaluar a través de un cuestionario los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer bucal y su relación con diferentes indicadores. **Materiales y métodos:** En una muestra de 123 Odontólogos asistentes a un evento odontológico, se aplica una encuesta confidencial previamente piloteada sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer bucal, cuyo análisis fue dividido en tres secciones. **Resultados:** La cuarta parte de los encuestados saben que el carcinoma escamocelular es la forma más frecuente de cáncer bucal, y que la leucoplasia y la eritroplasia son las dos lesiones más probablemente asociadas al cáncer bucal. La mayoría consideran orientan adecuadamente a sus pacientes sobre lesiones orales sospechosas y tres cuartas partes estar preparados para explicar los riesgos del tabaquismo. Más de la mitad evalúan antecedentes personales de tumores y menos de un cuarto de ellos evalúan antecedentes familiares de cáncer. En general, casi la tercera parte practican un examen diagnóstico de cáncer bucal, casi la totalidad consideran importante mantenerse al día sobre el cáncer bucal, y más de la tercera parte mantenerse actualizados. **Conclusión:** A la luz de los hallazgos del estudio el nivel de conocimientos y la aplicación de medidas preventivas por parte de los Odontólogos se convierten en una importante estrategia de salud pública para la reducción de la carga de enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

Es necesario reconocer que las neoplasias malignas son responsables de una quinta parte de la mortalidad por todas las enfermedades crónicas en las Américas, provocando unas 459.000 defunciones en 2002<sup>1</sup>. En Colombia el carcinoma escamocelular que es la neoplasia de mayor aparición en cavidad oral y que se origina como una lesión premaligna representa el 25,7 % de todos los cánceres de piel, en cavidad bucal al año aparecen entre 100 y 12 nuevos casos según el Instituto Nacional de Cancerología en 1998<sup>2</sup>.

La importancia en salud pública de un diagnóstico precoz y el control en los diferentes grupos humanos sobre los factores etiológicos se sustenta en informes mundiales y nacionales, donde el cáncer bucal es uno de los 10 cánceres más frecuentes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vías de desarrollo. El Cáncer Oral es una enfermedad crónica que compromete la cavidad oral y demás estructuras del sistema estomatognático; por tanto, es asunto del Odontólogo prestar una adecuada prevención y control, en aras de evitar un desenlace fatal, y compromisos funcionales y estéticos en detrimento de la calidad de vida<sup>3</sup>; puesto que suele detectarse clínica e histopatológicamente en etapas tardías por múltiples factores etiológicos, la edad, la máxima expresión del potencial metastásico y la carente intervención del profesional de la salud. Según recientes publicaciones en el área de la Oncología y la Salud Pública, existe un bajo nivel de evidencia científica de los Odontólogos frente a esta enfermedad neoplásica en países como los Estados Unidos e Italia donde existen programas de atención primaria para el cáncer bucal por parte de las universidades con el fin de proveer de conocimientos, actitudes y prácticas favorables en aras de reducir la aparición de este tipo de cáncer tan agresivo y letal<sup>4</sup>. No se le delega mucha importancia por que se reporta a nivel mundial que el 4,3 % de los tumores malignos son en cavidad oral mientras como primera causa de mortalidad el de cuello uterino en población femenina y el gástrico en masculina; sin tener en cuenta que el bucal debe ser prevenido y controlado a través de un examen clínico completo que incluye: instrucción sobre factores de riesgo, entrenamiento en detección temprana y una suficiente actualización epidemiológica y clínica<sup>5</sup>.

La detección precoz del cáncer oral es fundamental en la prevención y control del mismo, sin embargo, afirma *Edmond Chediak* que es persistente la falta de educación y de prevención del cáncer bucal en la enseñanza de los odontólogos, aún cuando en etapas premalignas es clínicamente observable aunque asintomático. Además, no se suele asesorar ni concientizar a los pacientes que poseen los factores de riesgo, es decir, es escasa la prevención primaria y secundaria del cáncer bucal<sup>6</sup>. La evaluación de estos aspectos inherentes a la formación del odontólogo como el nivel de evidencia científica, tales como. Conocimientos, actitudes y prácticas genera mayor investigación

sobre estrategias preventivas donde el odontólogo cumpla el rol de comunicador y educador, en aras de reducir la aparición de la enfermedad, y también sirve para la implementación gradual de estrategias sistemáticas y apropiadas en la formación universitaria de los profesionales de la salud oral<sup>7</sup>.

Se ha demostrado que existe una serie de efectos combinados en la prevención y tratamiento de esta forma de cáncer, para la cual existe la suficiente evidencia científica y las recomendaciones tanto para quién va dirigido como para el profesional y para el mismo sistema de salud. Lo anterior los confirman las innumerables publicaciones que insisten en la necesidad de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral desde cualquiera de estos espectros, igualmente revisiones sistemáticas que orientan la detección precoz a una serie de prácticas clínicas desde la salud pública mediante programas de cribado y de atención primaria; de manera que es fundamental que el entrenamiento y conocimiento de los profesionales de la salud oral se enfoque adecuadamente a los factores de riesgo, medidas de prevención y control y procedimientos de detección<sup>8</sup>.

Desde la visión científica los conocimientos son el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver la problemática del cáncer bucal, los cuales son parte de la formación académica de pregrado y postgrado, y la educación continuada y de permanente actualización de los odontólogos; mientras las actitudes frente al cáncer oral son una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva, y en favor o en contra de un objeto definido, el cual es el diagnóstico de esta enfermedad, donde el criterio del odontólogo predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes, no obstante, son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables pero directamente sujetas a inferencias observables como por ejemplo el diagnóstico clínico precoz. Y Finalmente las prácticas, que hacen referencia a la acción de los conocimientos y actitudes, tiene como premisa el entrenamiento, el interés y la permanente actualización y experiencia en el tema.

A propósito de estas cualidades en los profesionales de la salud oral se puede ejemplificar la importancia en los reportes de los Estados Unidos entre los años 1973-1984 y 1985-1996 donde hubo pocos cambios en la detección temprana del cáncer oral o en la tasa de supervivencia, a raíz de la deficiencia en la educación pública y profesional respecto a la detección precoz del cáncer bucal, aún cuando la detección temprana de lesiones malignas y premalignas, y la reducción de conductas riesgosas pueden mejorar enormemente el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida y los costos de tratamiento<sup>9</sup>.

Otros hallazgos demuestran que hay profesionales de la salud que reconocen tienen deficiencias en el entrenamiento acerca de la educación de los pacientes frente a la cesación de factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, como sucede en el Norte de Carolina en los Estados Unidos. En otras investigaciones se ha concluido que en los programas de educación continuada y en los programas curriculares es necesario preparar a los profesionales de la salud en actividades de prevención y promoción que impacten sin duda alguna en la tasas de incidencia del cáncer bucal y de orofaringe<sup>10</sup>.

No hay duda según la literatura que la mayoría de los cánceres bucales son diagnosticados en etapas tardías, ya que la detección en etapas tempranas requieren que los profesionales de la salud tengan adecuados conocimientos, actitudes y prácticas para identificar en los pacientes estilos de vida poco saludables que incrementan el riesgo, y un examen sistemático de la cavidad oral.

Es sabido que la *Sociedad Americana de Cáncer* e incluso la *Asociación Dental Americana –ADA* que son las organizaciones estomatológicas que rigen comportamientos en el mercado educativo y terapéutico latinoamericano, sugieren que el examen de cáncer bucal es recomendado realizarlo, por lo menos cada 3 años en pacientes entre 20-39 años y anualmente en individuos mayores de 40 años dado que es un cáncer potencialmente prevenible<sup>11</sup>. El Destacamento de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, recomienda que se incluya en la práctica clínica un examen cuidadoso y se realice el cribaje o screening de cáncer bucal en pacientes asintomáticos que tengan historia de

consumo de tabaco y alcohol. De igual manera en 2003 la Fundación de Educación para la Salud –*Cochrane* reportó que era necesario más evidencia que compruebe la efectividad en la detección temprana del cáncer oral y la reducción de la mortalidad, demostrándose la importante necesidad de que los profesionales de la salud cuenten con protocolos de asesoramiento para la inducción de cesación de hábitos como el tabaco en la consulta pero no hay estudios que evalúen la efectividad de prácticas de asesoramiento de los profesionales de la salud oral con respecto al no abuso del alcohol y el tabaco. Hay estudios que recomiendan se enfatice en la importancia de emprender intervenciones educativas e implementar políticas institucionales en las facultades de Odontología y en programas de Auxiliares de Odontología. A propósito de ello, hay que mencionar la investigación en Italia que motivo el presente estudio, en este estudio los resultados revelaron un limitado nivel de conocimiento, inferior al de los Estados Unidos demostrándose que si reciben información precisa de revistas científicas y asociaciones sobre la prevención del cáncer oral pero no se modifican notablemente las conductas de apoyo diagnóstico, aún cuando estas técnicas de detección del cáncer bucal pueden llevarse a cabo en unos pocos minutos, los procedimientos son simples y rutinarios, no requieren de un equipo médico adicional, y la incorporación de métodos de prevención primaria en la inspección de las lesiones y de cambios sospechosos en los tejidos son bastante sencillos<sup>12</sup>.

### **Diagnóstico del cáncer oral. Importancia de la Detección Temprana**

En cuánto a la práctica del examen clínico hay que mencionar que los Odontólogos especialistas no tienden a examinar toda la cavidad bucal o no están entrenados para la detección del cáncer oral, ya que suelen inspeccionar el área involucrada en los intereses de la especialidad, es decir, regularmente en dientes o encía, ignorando lesiones patológicas en los tejidos contiguos. De la misma manera pueden pasar desapercibidas las lesiones premalignas y malignas cuando otras especialidades médicas examinan parcialmente la boca<sup>13</sup>.

El primer paso en el examen clínico consiste en una anamnesis: donde es fundamental consignar toda la información concerniente con factores de riesgo

tales como: hábitos alimenticios, ingestión de alcohol, uso de cigarrillo, marihuana u otra modalidad (intensidad y tiempo), también es importante recoger información sobre antecedentes familiares y personales: diabetes, cáncer, sífilis, papiloma virus, VIH, herpes virus, enfermedades inmunodepresivas, trastornos orofaríngeos como la amigdalitis, etc. El segundo paso tiene que ver con el examen clínico, donde es fundamental observar asimetrías o malformaciones faciales que pueden hacer sospechar sobre algún crecimiento patológico, igualmente cuando el paciente saca la lengua es importante observar si existe alguna desviación, que puede hacer inferir sobre un signo de tumor en la base de la lengua, que pueda estar infiltrando los músculos o nervios glossofaríngeo o hipogloso. El tercer paso es la palpación, la cual se considera el paso más importante, puesto que con frecuencia se presentan pequeños carcinomas infiltrantes ocultos en una lengua saburral o que no se pudieran previamente observar en piso de boca por la segregación excesiva de saliva, pero que si pueden detectar al palpar una induración o cambio de textura en la mucosa. Lo anterior son las razones de peso para que la palpación se haga bidigital en labios, carrillos, paladar, piso de boca y lengua; de igual manera debe hacerse en cuello en búsqueda de ganglios duros o fijos, no dolorosos<sup>14-15</sup>.

Es de vital importancia el uso de colorantes en la inspección visual de un examen odontológico de rutina, como el uso, por ejemplo, del azul de toluidina por ser el que mejores resultados ha ofrecido. El otro método diagnóstico que coadyuva al examen clínico es la citología exfoliativa, cuyas principales ventajas clínicas se deben a que es una técnica rápida, no agresiva y relativamente indolora, muy bien aceptada por los pacientes, con una sensibilidad y especificidad casi del 100%, por tanto, es practicada repetidamente en programas preventivos de screening, en lesiones sospechosas ya identificadas o en el seguimiento de lesiones malignas postratamiento<sup>16-17</sup>. Por otra parte, para las lesiones clínicamente indetectables, es necesario un método coadyuvante para que el examen visual detecte antes las lesiones precancerosas, y estos son: el azul de toluidina, la biopsia por cepillado y la imagen de fluorescencia<sup>18</sup>.

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen unas condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral. A nivel clínico estas lesiones se presentan de la siguiente en su mayoría como leucoplasias, eritroplasias y leucoeritroplasias<sup>19-20</sup>.

La lucha por reducir la mortalidad por cáncer oral se puede realizar en los tres niveles de prevención (véase tabla 1). Vale la pena destacar que en la prevención primaria los cánceres más comunes son los carcinomas escamocelulares, los cuales por su crecimiento son evidentes y el pronóstico y la supervivencia está en relación directa con el tamaño del tumor en el momento del diagnóstico. Estos suelen ser aproximadamente el 95% de los casos de cáncer oral. Otros tipos de cáncer oral son los adenocarcinomas, que son los tumores de glándulas salivares, los cuales pueden ser carcinoma adenoquístico o cilindroma y carcinoma mucoepidermoide, suelen ser de difícil pronóstico, es el más agresivo en su evolución, suele aparecer en paladar duro, con tendencia a generar hipoestesia o parestesia, de crecimiento lento, que produce dolor en su estado inicial, con metástasis a largo plazo y su tratamiento suele ser quirúrgico<sup>21-22</sup>.

Estos cánceres suelen presentarse en estados avanzados y con tasas de curación muy bajas (50% o menos). La mayoría de las muertes son por extensión directa a áreas vitales del cráneo, siendo la complicación ganglionar poco frecuente. Los más comunes son los de seno maxilar que frontal. Los signos y síntomas de este cáncer consisten en una inflamación mucosa del paladar, dolor, movilidad de alguna pieza dentaria, sin embargo, hay algunos signos precoces como la epistaxis sin motivo o rinitis persistente de una fosa nasal<sup>23</sup>.

### **Tendencia de los conocimientos, actitudes y prácticas**

Dado que el cáncer oral es un problema de salud pública desde que se reconoce que los factores de riesgo en la población son persistentes y la educación por ejemplo sobre el tabaquismo está dirigida por las mismas industrias tabacaleras; se considera necesario que a nivel gubernamental y

profesional se eduque sobre los riesgos del tabaquismo y alcohol, riesgos ocupacionales relacionados con la inhalación de químicos carcinogénicos, sobre la importancia de incluir frutas y vegetales en la dieta, sobre la importancia de consultar al médico y al odontólogo, es decir, aprovechar este conocimiento sobre factores de riesgo para reducir la aparición de la enfermedad incidiendo en los hábitos, costumbres y culturas. La capacidad de control del cáncer en vías aéreo-digestivas, en cabeza y cuello y cavidad oral depende básicamente de dos aspectos fundamentales: de la prevención: interrupción de factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, y el diagnóstico precoz. Estos dos ejes en la práctica se refieren a la necesidad de generar campañas educativas a nivel local, regional y nacional por agrupaciones académicas y científicas o inducir a la participación activa del Estado. Además es una práctica cuyas actitudes y conocimientos deben enfocarse apropiadamente a la permanente actualización y realización de un examen clínico completo por parte de los odontólogos, que vaya más allá de una odontología artesanal y mercantil donde prima únicamente la enfermedad y la salud de los dientes y sus tejidos de soporte<sup>24-27</sup>.

## **OBJETIVO**

El objetivo de esta investigación fue valorar los conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo en el contexto colombiano. La contribución de este proyecto a partir de valorar que tanto saben, practican y consideran los Odontólogos colombianos acerca de este problema de salud pública, delega mayor utilidad a la información y entrenamiento sobre factores de riesgos y procedimientos de detección temprana, es decir, a las medidas de control y prevención<sup>8,9</sup>. Sin duda este estudio contribuye al fortalecimiento, cualificación y consolidación investigativa de esta temática relegada en nuestro país. Igualmente, estos resultados se divulgarán a la comunidad científica odontológica colombiana para la promoción de iniciativas pedagógicas y curriculares en las universidades para el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de los futuros Odontólogos, especialmente, en el campo de la prevención y control, especialmente en la detección precoz, asesoramiento sobre factores de riesgo y otros indicadores.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio observacional de tipo descriptivo se utilizó un cuestionario de autocumplimiento que fue conducido en el mes de Abril de 2009 mediante muestreo por conveniencia a un universo de 350 asistentes de los cuales 123 fueron profesionales de la Odontología, estos eran asistentes al *XII Congreso Nacional de Odontología y el IV Congreso Internacional de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto* en el suroccidente de Colombia. Se optimizó el instrumento mediante la realización de una prueba piloto con Odontólogos locales. La versión inicial del instrumento (encuesta autoaplicada) en Italiano fue probada entre un grupo conveniente de Odontólogos para asegurar viabilidad, validez, e interpretación de las respuestas. Con base en los comentarios obtenidos sobre cada pregunta, se sometió a la revisión y ajuste de un Patólogo y un Salubrista Colombiano experto en el tema, luego fue revisado por los creadores de la encuesta y co-investigadores en la Degli Di Studi Di Napoli, obteniendo el aval definitivo para su aplicación en función de los puntos, redacción, formato antes de la distribución a la muestra y unificación de criterios; posteriormente se capacitaron a los encuestadores.

En el momento de la aplicación por un lado se incluyeron Odontólogos con o sin estudios de postgrado que se encontraban ejerciendo en Colombia y de nacionalidad colombiana, y por otro lado se excluyeron aquellos que se dedicaban exclusivamente al área administrativa en salud u otra labor diferente a la práctica clínica odontológica.

Se realizó un análisis estadístico univariado de las características demográficas, los factores de riesgo, algunos aspectos de conocimientos, de las actitudes y las prácticas. Todas las variables se clasificaron en dos categorías, aunque algunas de ellas como “Años transcurridos desde el grado” y la “Especialidad” se presentaron con las mismas categorías en las que fueron recolectadas. Se construyeron unas variables resultado con base en lo referenciado en el artículo científico del *Oral Oncology* (2008) 44, 393-99: “Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la Leucoplasia y la Eritroplasia son las 2 lesiones más

probablemente asociadas a Cáncer Oral” (MODELO 1), “Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes” (MODELO 2), y “Desarrolla rutinariamente un examen para Cáncer Oral” (MODELO 3); para efectos de análisis estas variables también se redujeron a variables dicotómicas. Estas variables se tomaron como referencia para el análisis bivariado obteniendo el resultado de la prueba estadística de dependencia (Prueba Chi-cuadrado). Se plantearon unos modelos multivariados con base en un análisis de regresión logística con respuesta binomial. Las variables explicatorias que se incluyeron en los modelos multivariados para predecir las dependientes, fueron aquellas que obtuvieron un p-valor menor que 0,5. Los análisis estadísticos univariados y bivariados se realizaron utilizando el paquete estadístico XL-STAT Versión 7.5.2 y para el análisis multivariado se utilizó el programa SPSS Versión 17.

## RESULTADOS

Los resultados de modelo multivariado (Tabla 3) para el conocimiento mostraron que el conjunto seleccionado de variables predictoras no explican en forma satisfactoria el resultado del conocimiento ( $\chi^2 = 5,022$ ,  $GL=4$ ,  $p=0,285$ ), ni tampoco lo logran si se prueba un modelo de regresión logística en forma independiente con cada una de las 4 variables predictoras. Sin embargo, se aprecia nuevamente que la personas quienes responden afirmativamente al hecho de tener una “*Necesidad de información adicional*” ( $OR=5,95$ , *I.C. 95%: 0,498 – 71,148*), y que tienen una “*Especialidad (Nivel de Estudios)*” ( $OR=2,22$ , *I.C. 95%: 0,705 – 6.993*), podrían generar una mayor probabilidad de identificar la forma histológica más común y el tipo de lesiones tempranas más frecuentes relacionadas con Cáncer Oral.

Cuando se pregunta si consideran que tienen una preparación adecuada para explicar riesgos del consumo de alcohol el 67,7% responden afirmativamente, para realizar la palpación de ganglios linfáticos el 66,67% y para efectuar un examen de control de Cáncer Oral, el 39,78%.

En la Tabla 2 se aprecia que una actitud positiva tiene una dependencia significativa con aquellas personas que hayan realizado un “*Curso formal en los últimos 12 meses*” ( $\chi^2 = 8,383$  GL=1,  $p < 0,05$ ); también hay una actitud positiva entre aquellos que afirma tener una “*Necesidad de información adicional*” ( $\chi^2 = 1,969$ , GL=1,  $p=0,161$ ) y aún con aquellos que tienen una “*Especialidad (Nivel de Estudios)*” ( $\chi^2 = 1,017$ , GL=1,  $p=0,313$ ) aunque dicha dependencia no es significativa. En el modelo multivariado para la actitud presentado en la Tabla 4 se aprecia que las 4 variables predictoras generan un modelo que explica en forma satisfactoria el resultado de la actitud en función de la *Necesidad de información adicional*, el *Tipo de práctica*, el *Nivel de Estudios* y el tener un *Curso formal en los últimos 12 meses*, pero es la última variable la que aporta una mayor y más significativa probabilidad de que los encuestados consideren que están adecuadamente preparados para efectuar un examen de control de Cáncer Oral y para realizar la palpación de los ganglios linfáticos ((OR=14,9, I.C. 95%:2,204 – 100,831).

En la Tabla 2 se aprecia los resultados de la evaluación de los posibles determinantes de una práctica rutinaria de un examen para diagnóstico de Cáncer Oral, encontrando que el hecho de considerar el “*Material científico como fuente de información*” ( $\chi^2 = 1,736$  GL=1,  $p=0,188$ ), es la condición que mayor dependencia presenta, aunque al igual que el resto de condiciones evaluadas, no tiene una relación de dependencia significativa. En el modelo multivariado para la práctica del examen rutinario de Cáncer Oral, se aprecia que el conjunto seleccionado de variables predictoras no explican en forma satisfactoria el resultado del conocimiento ( $\chi^2 = 1,37$ , GL=4,  $p=0,849$ ), ni tampoco lo logran si se prueba un modelo de regresión logística en forma independiente con cada una de las 4 variables predictoras. Igualmente, al interior del modelo multivariado generado los O.R. generados para cada variable tienen valores cercanos a 1 con intervalos de confianza que incluyen la unidad, y su aporte individual al modelo no resulta significativo. Entre los encuestados, el 36,56% consideran que su formación universitaria sobre Cáncer Oral fue Buena o Muy Buena y el 8% de ellos han tenido un curso de o estudio sobre Cáncer Oral en los últimos 12 meses; el 34,4% no han tenido un curso o estudio sobre este tema.

## DISCUSIÓN

Comparando estos resultados con los de otros países, se deduce que estos valores son inferiores a los observados en otros estudios, esto se puede explicar por el hecho de que los encuestados poseen diferentes especialidades y proviene de diferentes escuelas de Odontología. Este estudio CAP revela un panorama comprensivo del estado natural de las destrezas y comportamientos entre Odontólogos Colombianos, no obstante, los conocimientos y prácticas sobre procedimientos diagnósticos y factores de riesgo son difusos si se comparan con los resultados de las actitudes, lo cual puede ser explicado porque es un estudio observacional que tiene limitaciones metodológicas potenciales, tales como evidencias circunstanciales de las causas y relaciones observadas. Sin embargo, la naturaleza anónima del cuestionario minimiza el sesgo y una sobreestimación de no adherencia. También en comparación con otros estudios existen brechas de conocimiento y prácticas entre Odontólogos. Se entiende entonces que los esfuerzos educativos son necesarios para obtener un grado adecuado de conocimientos y prácticas<sup>28-33</sup>.

## CONCLUSIONES

En cuanto a conocimientos, se aprecia que los Odontólogos que responden afirmativamente al hecho de tener una “*Necesidad de información adicional*” y que tienen una “*Especialidad (Nivel de Estudios)*”, podrían generar una mayor probabilidad de identificar la forma histológica más común y el tipo de lesiones tempranas más frecuentes relacionadas con cáncer bucal. En cuanto a la actitud existe una mayor y más significativa probabilidad de que los Odontólogos reconozcan que están adecuadamente preparados para efectuar un examen de control de Cáncer Oral y para realizar la palpación de los ganglios linfáticos. En cuanto a prácticas casi la totalidad de los Odontólogos afirman que consideran importante mantenerse al día sobre el Cáncer Oral, y poco más de la tercera parte identifican a las revistas especializadas o los folletos como un medio válido para mantenerse actualizados. La información obtenida es coherente con estudios similares e incluso con el replicado de Italia de la Degli Di Studi Di Napoli.

El problema identificado es el inadecuado papel que desempeñan los profesionales de la salud oral en la detección temprana y el control del cáncer bucal, donde el grado de instrucción y entrenamiento profesional es determinante, además debe serlo, puesto que considerablemente el cáncer bucal es un componente de la carga global de enfermedad, es prevenible y controlable.

De manera que cuando se piensa en un programa orientado al mejoramiento de la instrucción en prevención y control de esta enfermedad, se piensa en dirigirlos a los Auxiliares, Higienistas y Odontólogos, ya que los profesionales de la salud oral en la medida en la que no desempeñan un rol importante en la prevención y control contribuyen a que las personas más desfavorecidas o de bajos ingresos se encuentren en mayor desventaja, puesto que son quienes generalmente están más expuestos a los factores de riesgo prevenibles, tales como: carcinógenos ambientales, alcohol, agentes infecciosos y el consumo de tabaco. Estos grupos también tienen poco acceso a los servicios de salud y educación donde los conocimientos, actitudes y prácticas son condicionantes

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rivera D. La política del cáncer. Revista Colombiana de Cancerología. 2005; 9 (1): 29-33.
2. Instituto Nacional de Cancerología. Guías de Práctica clínica en enfermedades neoplásicas. 2003; p 33.
3. Baden E. Prevention of cancer of the oral cavity and pharynx. CA Cancer J Clin. 1987; 37: 49-62.
4. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A y Angelillo I. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. Oral Oncol. 2008; 44: 393-99.
5. La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Levi F. Trends in oral cancer mortality in Europe. *Oral Oncology* 2004;40:433-9.
6. Chediak E. En: Cáncer de cavidad oral. 2005: 18-37
7. Rocha A. Cáncer oral: El papel del Odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac de Odont Univ Ant 2009; v. 21: 114-21.

8. Kujan O, Duxbury AJ, Glenny AM, Thakker NS, Sloan P. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialist in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. *Oral Dis* 2006; 12: 194-9.
9. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA: a Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55:74-108.
10. Ries LA, Hankey BF, Millar BA y col. Cancer statistics review 1973-1988. Nacional cancer institute. NIH Publication. 1991.
11. Stahl S, Meskin LH, Brown LJ. The american dental association's oral cancer campaign. *J Am Dent Assoc* 2004;135: 1261-67.
12. Kujan O, Glenny AM, Oliver RJ, Thakker N y Sloan P. Programas de cribaje (screening) para la detección precoz y prevención del cáncer oral. Revisión Cochrane, traducida y publicada en: La biblioteca Cochrane Plus. 2007; 4.
13. Danidson BJ. Epidemiology and etiology. *Cancer of the head and neck*. 2001; 1-19.
14. Neville BW y Day T.A. Oral cancer J precancerous psicus C.A cancer J clin 2002; 52; 195-215.
15. Lewin F, Novell SE, Johansson H y col. Smoking tobacco, oral snuff and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. A population – based case – referent study in Sweden. *Cancer*. 1998; 82: 1367-75.
16. Fennerty MB. Tissue staining. *Gastrointestinal endoscopy*. Clin N Am 1994; 4: 297-311.
17. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Sensitivity and specificity of Oral Scan (R) toluidine blue mouth rinse in the detection of oral cancer and precancer. *J Oral Pathol Med* 1996;25(3):97-103.
18. Epstein JB, Scully C, Spinelli JJ. Toluidine blue application in the assessment of oral malignant disease and lesions at risk of malignancy. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 160-3.
19. Martín IC, Kerawala CJ, Reed M. The application of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of epithelial dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol-End* 1998;85 (4):444-6.

20. Fernández-López RG y cols.: Evaluación de la mucosa bucal en sujetos sometidos a contacto crónico con diesel (tragafuego). *Cir Plast* 2003;13(3):115-118.
21. Dabelsteen E, Roed-Petersen B, Smith CJ, Pindborg JJ. The limitations of exfoliative cytology for the detection of epithelial atypia in oral leukoplakias. *Br J Cancer* 1971;25:21- 4.
22. Sugerman PB, Savage NW. Exfoliative cytology in clinical oral pathology. *Aust Dent J* 1996;41:71-4. Panorama de la Salud en la región. En: Salud de las Américas. 2007. OMS-OPS.
23. Rothman K y Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J Chron Dis.* 1973; 25: 711-16.
24. De Stefani E, Boffeta P, Oreggia F y col. Smoking patterns and cancer of the oral cavity. A case control study in Uruguay. *Oral Oncol.* 1998; 34:340-46.
25. Wray A y McGuirt WF. Smokless tobacco usage associated with oral carcinoma. *Arch Otolaryngol head neck surg.* 1993; 119: 929-33.
26. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK y col. Incidence rates of oral cancer nad natural history of oral precancerous lesions in a 10 year follow-up study of Indian Villagers. *Community Dent Oral Epidemiology.* 1980; 8: 287-333.
27. Mallo-Perez L, Rodríguez-Baciero G, Lafuente Urdinguio P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación España. *RCOE.* 2002; 7(2).
28. De Stefani E, Boffeta P, Oreggia F y col. Smoking patterns and cancer of the oral cavity. A case control study in Uruguay. *Oral Oncol.* 1998; 34:340-46.
29. Gallegos JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). *Acta Médica.* 2005; 3 (4): 247-252
30. Shedd DP, Hukill PB, Sleeper HR Y Kligerman MM. Recognition of early oral cancer. *CA Cancer J Clin.* 1965; 15: 21-24.
31. Narain R., Smita A., Ashok S. et al. Assessment of prevelnce of tobacco use and impacto f health education intervention among school students.

Institute of cytology and preventive oncology. Annual report oral cancer: 45-7, 2003-05.

32. Cruz G, Ostroff J, Kumar JV y col. Preventing and detecting oral cancer: Oral health care providers readiness to provide health behavior Counseling and oral cancer examinations. J Am Dental Assoc. 2005; 36: 594-601.
33. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A y Angelillo I. Dental Hygienist and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. Oral Oncol. 2004; 40: 638-44

**Tabla 1. Niveles de Prevención para el cáncer bucal.**

| <b>Nivel de Prevención</b> | <b>Herramientas</b>                        | <b>Objetivo</b>                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Primaria                   | Remoción / reducción de factores de riesgo | Evitar aparición de la enfermedad                        |
| Secundaria                 | Detección temprana/<br>Screening o cribaje | Biopsia/<br>citología exfoliativa/<br>mejorar pronóstico |
| Terciaria                  | Tratamientos de lesiones<br>Existentes     | Prevenir la muerte/<br>Mejorar calidad de vida           |

**Tabla 2. Distribución de Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al Cáncer Oral con respecto a algunas variables explicatorias.**

|                                                                                                                                                                     | Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la Leucoplasia y la Eritroplasia son las 2 lesiones más probablemente asociadas a Cáncer Oral |       | Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes |       | Desarrolla rutinariamente un examen para Cáncer Oral |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|-------|
| <b>Especialidad</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| Especialista                                                                                                                                                        | 8                                                                                                                                                                                      | 34,78 | 5                                                                                                                                                      | 21,74 | 8                                                    | 34,78 |
| OD General                                                                                                                                                          | 15                                                                                                                                                                                     | 21,43 | 23                                                                                                                                                     | 32,86 | 20                                                   | 28,57 |
|                                                                                                                                                                     | $\chi^2 = 1,658, GL=1, p=0,198$                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 1,017, GL=1, p=0,313$                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,317, GL=1, p=0,573$                      |       |
| <b>Tipo de práctica</b>                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| Solo                                                                                                                                                                | 7                                                                                                                                                                                      | 28,00 | 10                                                                                                                                                     | 35,71 | 7                                                    | 28,00 |
| No solo                                                                                                                                                             | 16                                                                                                                                                                                     | 23,53 | 18                                                                                                                                                     | 27,69 | 21                                                   | 30,88 |
|                                                                                                                                                                     | $\chi^2 = 0,196, GL=1, p=0,658$                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,598, GL=1, p=0,439$                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,072, GL=1, p=0,788$                      |       |
| <b>Curso formal en los últimos 12 meses</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| No                                                                                                                                                                  | 1                                                                                                                                                                                      | 12,50 | 22                                                                                                                                                     | 25,88 | 25                                                   | 29,41 |
| Sí                                                                                                                                                                  | 22                                                                                                                                                                                     | 25,88 | 6                                                                                                                                                      | 75,00 | 3                                                    | 37,50 |
|                                                                                                                                                                     | $\chi^2 = 0,703, GL=1, p=0,402$                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 8,383 GL=1, p < 0,05$                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,227 GL=1, p=0,634$                       |       |
| <b>Material científico como fuente de información</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| No                                                                                                                                                                  | 16                                                                                                                                                                                     | 28,07 | 16                                                                                                                                                     | 28,07 | 20                                                   | 35,09 |
| Sí                                                                                                                                                                  | 7                                                                                                                                                                                      | 19,44 | 12                                                                                                                                                     | 33,33 | 8                                                    | 22,22 |
|                                                                                                                                                                     | $\chi^2 = 0,882, GL=1, p=0,348$                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,290, GL=1, p=0,590$                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 1,736 GL=1, p=0,188$                       |       |
| <b>Necesidad de información adicional</b>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| No                                                                                                                                                                  | 2                                                                                                                                                                                      | 66,67 | 2                                                                                                                                                      | 66,67 | 1                                                    | 33,33 |
| Sí                                                                                                                                                                  | 21                                                                                                                                                                                     | 23,33 | 26                                                                                                                                                     | 28,89 | 27                                                   | 30,00 |
|                                                                                                                                                                     | $\chi^2 = 2,929, GL=1, p=0,087$                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 1,969, GL=1, p=0,161$                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,015, GL=1, p=0,901$                      |       |
| <b>Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la las lesiones tempranas son Pequeñas, No dolorosas y Eritematosas</b> |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| No                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |       | 18                                                                                                                                                     | 27,27 | 18                                                   | 27,27 |
| Sí                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |       | 10                                                                                                                                                     | 37,04 | 10                                                   | 37,04 |
|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,868, GL=1, p=0,351$                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,466, GL=1, p=0,495$                      |       |
| <b>Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes</b>       |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       |                                                      |       |
| No                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       | 18                                                   | 27,69 |
| Sí                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       | 10                                                   | 35,71 |
|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                        |       | $\chi^2 = 0,598, GL=1, p=0,439$                      |       |

**Tabla 3. Resultados de los Modelos de Regresión Logística**

**MODELO 1. Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la Leucoplasia y la Eritroplasia son las 2 lesiones más probablemente asociadas a Cáncer Oral**

$\chi^2 = 5,022$ ,  $GL=4$ ,  $p=0,285$

|                                             | S.E.  | Sig. | O.R   | I.C. 95% C.I para O.R. |          |
|---------------------------------------------|-------|------|-------|------------------------|----------|
|                                             |       |      |       | Inferior               | Superior |
| <b>Necesidad de información adicional</b>   | 1,266 | ,159 | 5,951 | ,498                   | 71,148   |
| <b>Tipo de práctica</b>                     | ,589  | ,891 | ,923  | ,291                   | 2,929    |
| <b>Nivel de Estudios</b>                    | ,585  | ,173 | 2,220 | ,705                   | 6,993    |
| <b>Curso formal en los últimos 12 meses</b> | 1,145 | ,342 | ,337  | ,036                   | 3,179    |

**MODELO 2. Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes**

$\chi^2 = 13,22$ ,  $GL=4$ ,  $p=0,010$

|                                             | S.E.  | Sig. | O.R    | I.C. 95% C.I para O.R. |          |
|---------------------------------------------|-------|------|--------|------------------------|----------|
|                                             |       |      |        | Inferior               | Superior |
| <b>Necesidad de información adicional</b>   | 1,317 | ,116 | 7,911  | ,599                   | 104,452  |
| <b>Tipo de práctica</b>                     | ,600  | ,958 | ,969   | ,299                   | 3,141    |
| <b>Nivel de Estudios</b>                    | ,731  | ,108 | ,309   | ,074                   | 1,294    |
| <b>Curso formal en los últimos 12 meses</b> | ,975  | ,006 | 14,907 | 2,204                  | 100,831  |

**MODELO 3. Desarrolla rutinariamente un examen para Cáncer Oral**

$\chi^2 = 1,37$ ,  $GL=4$ ,  $p=0,849$

|                                                                                                                                                                     | S.E.  | Sig. | O.R   | I.C. 95% C.I para O.R. |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                     |       |      |       | Inferior               | Superior |
| <b>Necesidad de información adicional</b>                                                                                                                           | 1,283 | ,936 | ,903  | ,073                   | 11,161   |
| <b>Curso formal en los últimos 12 meses</b>                                                                                                                         | ,821  | ,834 | 1,188 | ,238                   | 5,938    |
| <b>Conocimiento de que el Ca. Escamocelular es la forma más frecuente de Cáncer Oral, y que la las lesiones tempranas son Pequeñas, No dolorosas y Eritematosas</b> | ,494  | ,393 | 1,524 | ,579                   | 4,011    |
| <b>Creencia de estar adecuadamente preparados para realizar un examen de de Cáncer Oral y para realizar palpación de ganglios cervicales en los pacientes</b>       | ,517  | ,554 | 1,358 | ,493                   | 3,744    |